DVV assurances

CONDITIONS GÉNÉRALES

RÈGLEMENT D'ASSURANCE DE GROUPE TRAVAILLEURS SALARIÉS RÉGIME DE PENSION DE TYPE "CONTRIBUTIONS DÉFINIES"

BRANCHE 21

CGAGSU-012025-DVV (FR)

TABLE DE MATIÈRES

1. DÉFINITIONS 3
2. GÉNÉRALITÉS 5
   2.1 Objet 5
   2.2 Engagement de résultat de la compagnie – participation bénéficiaire 5
   2.3 Entrée en vigueur 5
   2.4 Obligations d'information 5
3. AFFILIATION 6
   3.1 Travailleurs en service au moment de l'instauration du régime de pension 6
   3.2 Travailleurs qui entrent en service après l'instauration du régime de pension 6
   3.3 Contrats spéciaux 6
   3.4 Pensionnés 6
4. GARANTIES 6
   4.1 Généralités 6
   4.2 Garantie en cas de vie 6
   4.3 Garanties en cas de décès 8
   4.4 Garanties en cas d'incapacité de travail 11
   4.5 Détermination et modification des garanties risque par la compagnie 14
5. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES EN CAS DE PLAN CAFÉTÉRIA 15
6. TRAVAIL À TEMPS PARTIEL – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL 15
   6.1 Travail à temps partiel 15
   6.2 Suspension du contrat de travail 16
7. FINANCEMENT 16
   7.1 Contributions de l'employeur et/ou du travailleur 16
   7.2 Non-paiement des contributions 16
   7.3 Sous-financement 17
8. RÉSERVES ET PRESTATIONS ACQUISES - GARANTIE DE RENDEMENT MINIMUM 17
   8.1 Réserves acquises et prestations acquises 17
   8.2 Garantie de rendement minimum 17
9. SORTIE 18
   9.1 Sortie autre que la sortie "light" 18
   9.2 Sortie "light" 19
10. RÉSERVES TRANSFÉRÉES 19
11. FINANCEMENT IMMOBILIER 19
12. POUVOIR DE DÉCISION -PARTICIPATION 19
   12.1 Pouvoir de décision 19
   12.2 Participation 20
13. FONDS DE FINANCEMENT 20
   13.1 Principe 20
   13.3 Utilisation du fonds de financement 20
   13.4 Modalités de liquidation et sort du fonds de financement 21
14. CHANGEMENT D'ORGANISME DE PENSION ET TRANSFERT DES RÉSERVES 21
15. DISPARITION DE L'ORGANISATEUR – ABROGATION DU RÉGIME DE PENSION 21
16. AUTRES DISPOSITIONS 21
   16.1 Obligation de déclaration 21
   16.2 Terrorisme 22
   16.3 Assurance complémentaire 22
   16.4 Remise en vigueur 22
   16.5 Frais 22
   16.7 Législation applicable et régime fiscal 23
   16.8 Correspondance et preuve 24
   16.9 Protection de vos données à caractère personnel 24
   16.10 Plaintes - Juridiction 24
   16.11 Solvabilité et position financière de la compagnie 24
   16.12 Responsabilité des auxiliaires 24

DVV est une marque et nom commercial de Belins SA, compagnie d'assurances agréée sous le code 0037
Place Charles Rogier 11, 1210 Bruxelles – IBAN: BE82 7995 5181 0568 – RPM Bruxelles TVA BE 0405.764.064.

1. DÉFINITIONS

Accident : action soudaine et fortuite d'une force extérieure, indépendante de la volonté de l'assuré, entraînant une atteinte objectivement observable de son intégrité physique.

Ne sont pas considérés comme un accident :

- le suicide ou la tentative de suicide par l'assuré;
- l'empoisonnement, hormis celui causé par des piqûres d'insectes ou des morsures d'animaux;
- l'insolation, gelure et autres conséquences du climat, à l'exception de la foudre.

Une asphyxie due à une fuite et à des émanations de gaz imprévisibles est cependant couverte.

Accident du travail : un accident tel que défini dans la législation belge relative aux accidents du travail, y compris les accidents qui surviennent sur le chemin normal du et vers le travail.

Accident vie privée : tout accident qui n'est pas un accident du travail.

Affilié : le travailleur qui appartient à la catégorie de personnel définie dans les conditions particulières pour laquelle l'organisateur a instauré un régime de pension et qui remplit les conditions d'affiliation définies dans les conditions particulières, ainsi que l'ancien travailleur qui continue à bénéficier de droits actuels ou différés conformément au règlement de pension.

L'affilié est l'assuré.

Age légal de la pension : l'âge de la pension en vertu de l'article 2, § 1 de l'arrêté royal du 23 décembre 1996 portant exécution des articles 15, 16 et 17 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions.

Age terme : l'âge fixé dans les conditions particulières. L'âge terme est utilisé pour le calcul des réserves acquises et des prestations acquises concernant la garantie en cas de vie. Pour les garanties en cas d'incapacité de travail, l'âge terme renvoie à la date limite pour le paiement des prestations, à savoir le premier jour du mois correspondant ou suivant le mois où l'affilié atteint l'âge terme.

Pour les garanties vie et décès, l'âge terme ne peut pas être inférieur à l'âge légal de la pension en vigueur au moment de l'instauration du régime de pension. Pour un régime de pension existant au 1er janvier 2016, l'âge terme pour les garanties vie et décès ne peut pas être inférieur à l'âge légal de la pension en vigueur pour les travailleurs qui entrent en service à partir du 1er janvier 2019.

En cas de modification de l'âge terme fixé dans le règlement de pension d'un régime de pension existant au 1er janvier 2016, l'âge terme ne peut pas être inférieur à l'âge légal de la pension en vigueur au moment de la modification.

Si l'affilié reste en service auprès de l'organisateur après l'âge terme sans prendre sa pension légale, l'âge terme pour les garanties vie et décès sera systématiquement prolongé d'un an jusqu'au moment de la mise à la retraite. Arrêté d'exécution Vie : l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

Arrêté d'exécution LPC : l'arrêté royal du 14 novembre 2003 portant exécution de la LPC.

Bénéficiaire : la personne en faveur de laquelle sont octroyées les prestations assurées.

Branche 21 : assurance vie non liée à un fonds d'investissement, à l'exception des assurances nuptialité et natalité, et les assurances complémentaires qui complètent une assurance vie, comme une assurance décès par accident et une assurance en cas d'incapacité de travail.

Capital risque : la partie du capital décès que la compagnie verse en plus des réserves acquises, si la garantie risque est prévue.

Compagnie : Belins SA (connue sous la marque et le nom commercial « DVV »), entreprise d'assurances agréée sous le numéro 0037, dont le siège social est sis à 1210 Bruxelles, place Charles Rogier, 11, faisant office d'organisme de pension dans le cadre du règlement de pension.

Contrat de contribution de l'employeur : les dispositions contractuelles qui régissent, pour un affilié, la partie du règlement d'assurance de groupe alimentée par des contributions de l'employeur qui ne sont pas versées dans le fonds de financement.

Contrat de contribution du travailleur : les dispositions contractuelles qui régissent, pour un affilié, la partie du règlement d'assurance de groupe alimentée par des contributions de l'affilié.

Délai de carence : délai durant lequel aucune prestation n'est due par la compagnie. Le délai de carence est fixé dans les conditions particulières et prend cours à la date fixée par une décision médicale comme étant le début de l'incapacité de travail de l'affilié mais au plus tôt, trente jours avant la réception de la déclaration de sinistre par la compagnie. Lorsqu'une période d'incapacité de travail est suivie d'une nouvelle période d'incapacité de travail occasionnée par une autre maladie ou accident, le délai de carence est à nouveau d'application.

Employeur public : un employeur qui n'est pas soumis à la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires. Les différents sièges d'exploitation d'un même employeur public sont considérés, quelle que soit leur localisation géographique, comme un seul et même employeur public.

Engagement de pension : l'engagement d'un organisateur de constituer une pension complémentaire au profit d'un ou plusieurs travailleurs et/ou leurs ayants droit.

Engagement de pension de type "contributions définies" : engagement de pension par lequel l'organisateur s'engage à payer périodiquement une contribution définie à l'organisme de pension afin de financer la pension complémentaire.

Engagement de pension public : un engagement de pension instauré par un employeur public. Fonds de financement : réserve collective constituée auprès de l'organisme de pension et gérée par celui-ci dans le cadre du règlement d'assurance de groupe.

FSMA : l'Autorité des Services et Marchés Financiers (Financial Services and Market Authority).

G**arantie de rendement minimum** : la garantie de rendement minimum à charge de l'organisateur visée à l'article 24 de la LPC.

Garantie(s) risque : la garantie en cas de décès autre que le remboursement des réserves acquises et/ou la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail.

Incapacité de travail : la perte ou la diminution de la capacité de l'affilié d'exercer toute activité professionnelle, quelle qu'elle soit, qui est compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et son statut social à la suite d'une atteinte de son intégrité physique ou psychique. L'incapacité de travail est totalement indépendante de tout autre critère économique et est constatée par décision médicale.

LPC : la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale.

Maladie : toute atteinte à la santé physique ou psychique de l'affilié, qui est due à une autre cause qu'un accident et qui présente des

symptômes objectifs. Les complications médicales en cas de grossesse et d'accouchement attestées par un certificat médical sont assimilées à une maladie.

Méthode horizontale : la méthode définie dans la LPC selon laquelle, en cas de modification du taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum, l'ancien taux d'intérêt s'applique jusqu'au premier des événements définis dans la LPC (à savoir la sortie, la mise à la retraite ou lorsque les prestations sont dues conformément à la LPC ou l'abrogation de l'engagement de pension) sur les contributions dues sur la base du règlement de pension avant la modification, et le nouveau taux d'intérêt s'applique jusqu'au premier des événements précités sur les contributions dues sur la base du règlement de pension à partir de la modification.

Méthode verticale : la méthode définie dans la LPC selon laquelle, en cas de modification du taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum, l'ancien taux d'intérêt s'applique jusqu'au moment de sa modification aux contributions dues sur la base du règlement de pension avant la modification, et le nouveau taux d'intérêt s'applique sur les contributions dues sur la base du règlement de pension à partir de la modification et sur le montant résultant de la capitalisation à l'ancien taux d'intérêt des contributions dues sur la base du règlement de pension jusqu'à la modification.

Mise à la retraite : la prise de cours effective de la pension de retraite légale relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations.

Organisateur : l'employeur qui prend un engagement de pension.

L'organisateur est le preneur d'assurance.

Partenaire cohabitant légal : la personne avec laquelle l'affilié a fait une déclaration de cohabitation légale au sens du Code civil.

Pension complémentaire : la pension de retraite et/ou la pension de survie en cas de décès de l'affilié avant ou après l'âge terme, ou la valeur en capital qui y correspond, qui sont octroyées sur la base des versements obligatoires déterminés dans le règlement de pension, en complément d'une pension fixée en vertu d'un régime légal de sécurité sociale.

Plan cafétéria : le régime de pension de l'organisateur est un plan cafétéria lorsque le règlement de pension prévoit la liberté pour le travailleur affilié d'affecter le budget de prime disponible fixé dans les conditions particulières aux financement des garanties fixées dans les conditions particulières.

Prestation de décès : la prestation définie dans les conditions particulières payée par la compagnie en cas de décès de l'affilié.

Prestations acquises : les prestations auxquelles l'affilié peut prétendre conformément au règlement de pension si, lors de sa sortie, il laisse les réserves acquises auprès de la compagnie.

Prime de risque : la prime pour le financement de la garantie risque.

Prime nette : la prime après prélèvement des taxes, des droits, de la (des) prime(s) de risque éventuelle(s) pour la garantie du risque décès à la suite d'un accident et/ou de la (des) garanties du risque en cas d'incapacité de travail et des frais.

Régime de pension : un engagement de pension collectif.

Régime de pension public : un régime de pension instauré par un employeur public.

Règlement d'assurance de groupe : l'ensemble des dispositions contractuelles fixant les droits et obligations de l'organisateur, des affiliés, des bénéficiaires et de l'organisme de pension, ainsi que les conditions d'affiliation et les règles relatives à l'exécution du régime de pension.

Le règlement d'assurance de groupe se compose des présentes conditions générales et des conditions particulières qui forment un tout. Les conditions particulières définissent entre autres les conditions d'affiliation, les garanties, les contributions pour le financement des garanties et la périodicité de leur paiement, la combinaison d'assurances, la méthode de calcul de la garantie de rendement minimum en cas de modification du taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum, la possibilité d'utiliser la pension complémentaire dans le cadre d'un financement immobilier.

Les conditions particulières priment les conditions générales dans la mesure où elles dérogent à ces dernières et sans dérogation possible aux dispositions légales et réglementaires.

Le règlement d'assurance de groupe constitue le règlement de pension.

Réserves acquises : les réserves auxquelles l'affilié a droit à un moment déterminé, conformément au règlement de pension.

Sortie :

1. Soit l'expiration du contrat de travail autrement que par le décès ou la mise à la retraite.
   N'est cependant pas considérée comme une sortie :
   - dans le cas d'un régime de pension multi-organisateurs : l'expiration du contrat de travail, autrement que par le décès ou la mise à la retraite, suivie par la conclusion d'un contrat de travail avec un autre employeur qui participe au même régime de pension multi-organisateurs que celui de l'employeur précédent, à condition qu'il existe une convention au sens de la LPC qui règle la reprise des droits et obligations;
     Un régime de pension multi-organisateurs est un régime de pension identique instauré par plusieurs organisateurs et dont l'exécution est confiée au même organisme de pension ou aux mêmes organismes de pension.
   - dans le cas d'un régime de pension public si l'employeur public a la qualité d'un organisateur d'un régime de pension en faveur de travailleurs de différentes entités publiques ou personnes morales de droit public : l'expiration du contrat de travail, autrement que par le décès ou la mise à la retraite, suivie par la conclusion d'un contrat de travail avec une entité publique ou personne morale de droit public qui tombe sous le champ d'application du même régime de pension que celui de l'entité publique ou personne morale de droit public précédente;
2. Soit la fin de l'affiliation du fait que le travailleur ne remplit plus les conditions d'affiliation du régime de pension sans que cela ne coïncide avec l'expiration du contrat de travail autrement que par le décès ou la mise à la retraite, ci-après dénommée "sortie light".
   Dans le cas d'un employeur public, la nomination à titre définitif d'un affilié est considérée comme une sortie light.
3. Soit le transfert d'un travailleur dans le cadre d'un transfert d'entreprise, d'établissement ou de partie d'entreprise ou d'établissement, à une autre entreprise ou un autre établissement, résultant d'une cession conventionnelle ou d'une fusion, lorsque le régime de pension du travailleur n'est pas transféré.

Terrorisme : une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement 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 en vue d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Travailleur : la personne employée en exécution du contrat de travail.

Valeur de rachat théorique : la valeur de rachat théorique est égale à la réserve de l'assurance constituée auprès de la compagnie par la capitalisation des primes payées, en tenant compte des sommes utilisées. Les bases techniques utilisées pour le calcul de la valeur de rachat théorique sont celles utilisées pour le calcul de la prime.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1 OBJET

L'organisateur a instauré en faveur des personnes qui répondent aux conditions d'affiliation mentionnées dans les conditions particulières un régime de pension dont l'exécution doit, sur la base de la LPC et la loi du 27 octobre 2016 relative au contrôle des institutions de retraite professionnelle, être confiée à un organisme de pension. En exécution de cette obligation, l'organisateur a décidé de confier à la compagnie l'exécution de son régime de pension, dans le cadre de laquelle il conclut avec la compagnie un règlement d'assurance de groupe.

Le régime de pension de l'organisateur concerne un régime de pension du type "contributions définies sans rendement garanti à charge de l'organisateur".

Lorsque les conditions particulières prévoient la liberté pour l'affilié d'affecter le budget de prime fixé dans les conditions particulières au financement des garanties fixées dans les conditions particulières, le régime de pension de l'organisateur est un plan cafétéria.

2.2 ENGAGEMENT DE RÉSULTAT DE LA COMPAGNIE – PARTICIPATION BÉNÉFICIAIRE

2.2.1 Engagement de résultat de la compagnie

L'assurance de groupe concerne une assurance en branche 21 par laquelle la compagnie garantit un taux d'intérêt déterminé sur les primes nettes reçues jusqu'à l'âge terme. La compagnie peut modifier le taux d'intérêt garanti conformément aux modalités stipulées dans les conditions particulières.

En cas d'adaptation du taux d'intérêt garanti, la compagnie en avise l'organisateur au moins trente jours à l'avance.

2.2.2 Participation bénéficiaire

En plus du taux d'intérêt garanti, la compagnie peut octroyer chaque année une participation bénéficiaire en fonction de ses résultats. La participation bénéficiaire n'est pas garantie et peut changer chaque année. L'octroi de la participation bénéficiaire dépend du pouvoir de décision discrétionnaire de l'assemblée générale de la compagnie.

2.3 ENTRÉE EN VIGUEUR

L'assurance de groupe entre en vigueur à la date de prise d'effet convenue, mentionnée dans les conditions particulières, à condition que la compagnie ait reçu un exemplaire du règlement d'assurance de groupe signé par le représentant légal de l'organisateur, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, à savoir la date de valeur de cette prime sur le compte en banque de la compagnie.

L'organisateur a le droit de résilier l'assurance de groupe dans les trente jours à dater de l'entrée en vigueur, par lettre recommandée datée et signée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation avec accusé de réception.

Le cas échéant, la compagnie rembourse à l'organisateur la prime versée, y compris les frais sur la prime, déduction faite des montants consommés pour couvrir des garanties risque prévues, et également après imputation des éventuelles retenues légales obligatoires et des sommes dues à des tiers. En cas d'examen médical sur la base de l'article 4.3.2 ou 4.4.2, la compagnie se réserve le droit de réclamer les frais de l'examen médical.

La compagnie ne peut pas contester l'assurance de groupe, sauf dans les circonstances décrites à l'article 16.1.

2.4 OBLIGATIONS D'INFORMATION

Les dispositions suivantes ne portent pas préjudice aux obligations d'information prévues dans les autres dispositions contractuelles et la réglementation.

2.4.1 Obligations d'information dans le chef de la compagnie

La compagnie ou l'organisateur, s'il le demande, communique chaque année à chaque affilié qui n'est pas encore sorti, une fiche de pension mentionnant les données imposées par la LPC.

Les affiliés peuvent consulter les données relatives à leur pension complémentaire sur mypension.be. Chaque année, la compagnie établit un rapport sur la gestion du régime de pension. Ce rapport est mis à la disposition de l'organisateur, qui le communique aux affiliés sur simple demande.

La compagnie établit une déclaration sur les principes de sa politique de placement, qui est revue au moins tous les trois ans, et également immédiatement après tout changement majeur de la politique de placement. Cette déclaration, ainsi que les comptes annuels et le rapport annuel de la compagnie - le cas échéant, les comptes annuels et le rapport annuel relatifs au régime de pension - sont remis par l'organisateur, sur simple demande, aux affiliés, leurs ayants droit ou leurs représentants.

2.4.2 Obligations d'information dans le chef de l'organisateur et dans le chef de l'affilié en ce qui concerne les garanties en cas d'incapacité de travail

L'organisateur et, en cas de sinistre, l'affilié en ce qui concerne la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail, fournissent, sous leur entière responsabilité par écrit (ou par voie électronique) à la compagnie, sur simple demande, toutes les données dont elle a besoin pour la conclusion, la gestion et la bonne exécution de l'assurance de groupe.

Lors de l'affiliation ainsi que pendant toute la durée de l'assurance de groupe, l'organisateur informe la compagnie (par écrit ou par voie électronique) notamment de la date à laquelle un travailleur remplit les conditions d'affiliation ainsi que de la date à laquelle il ne les remplit plus, des données d'identité du travailleur, du salaire et du pourcentage d'occupation du travailleur et du changement éventuel de ceux-ci, des choix éventuels de l'affilié (ainsi que de leurs changements éventuels) concernant l'affectation du budget de prime dans le cas d'un plan cafétéria, de la suspension totale ou partielle du contrat de travail de l'affilié et de la date d'entrée en vigueur de cette suspension, de la date de l'expiration du contrat de travail de l'affilié et de la date du décès.

L'organisateur et, en cas de sinistre, l'affilié en ce qui concerne la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail assumeront toutes les conséquences de toute communication tardive, imprécise, incomplète ou incorrecte de données à la compagnie qui leur est imputable.

L'organisateur remet à l'affilié, sur simple demande de ce dernier, le texte du règlement de pension (conditions générales et particulières ainsi que, le cas échéant, les avenants).

Lorsque conformément à la LPC ou à la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les comités paritaires, la décision d'instaurer, de modifier ou d'abroger le régime de pension doit être prise par une convention collective de travail ou par le truchement d'une modification du règlement de travail, l'organisateur remet de sa propre initiative à la compagnie une copie de la convention collective de travail ou du règlement de travail (modifié).

3. AFFILIATION

3.1 TRAVAILLEURS EN SERVICE AU MOMENT DE L'INSTAURATION DU RÉGIME DE PENSION

Les travailleurs en service au moment de l'instauration du régime de pension qui répondent aux conditions d'affiliation stipulées dans les conditions particulières ne peuvent pas être tenus d'adhérer au régime de pension, sauf si celui-ci a été instauré par une convention collective de travail, un protocole d'accord dans le cas d'un employeur public, ou la procédure spéciale prévue dans la LPC pour l'instauration d'un régime de pension social dans une entreprise sans organes de concertation sociale (pas de conseil d'entreprise, pas de comité pour la prévention et la protection au travail ni de délégation syndicale).

A moins que les conditions particulières prévoient la possibilité pour les travailleurs de surseoir à l'affiliation, le refus d'affiliation dispense l'organisateur envers le travailleur concerné de toute obligation dans le cadre du régime de pension.

L'organisateur remet à la compagnie une liste des travailleurs qui ont refusé leur affiliation au régime de pension.

En cas de report d'affiliation, l'organisateur remet à la compagnie la demande écrite et datée du travailleur pour l'affiliation ultérieure. Dans ce cas, l'affiliation effective a lieu à la date mentionnée dans les conditions particulières.

Si, au moment de l'affiliation, le contrat de travail a été suspendu sans paiement de salaire, l'affiliation est différée jusqu'au moment de la reprise du travail.

L'affilié continue à constituer des droits de pension tant qu'il est en service.

3.2 TRAVAILLEURS QUI ENTRENT EN SERVICE APRÈS L'INSTAURATION DU RÉGIME DE PENSION

L'affiliation est obligatoire pour les travailleurs qui entrent en service après l'instauration du régime de pension, dès qu'ils répondent aux conditions d'affiliation stipulées dans les conditions particulières.

Si, au moment de l'affiliation, le contrat de travail a été suspendu sans paiement de salaire, l'affiliation est différée jusqu'au moment de la reprise du travail auprès de l'organisateur.

L'affilié continue à constituer des droits de pension tant qu'il est en service.

3.3 CONTRATS SPÉCIAUX

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, ne sont pas affiliées au régime de pension :

- les personnes employées sur la base d'un contrat de travail pour étudiants ;
- les personnes employées sur la base d'un contrat de travail intérimaire ;
- les personnes employées sur la base d'un contrat de travail conclu dans le cadre d'un programme spécifique de formation, d'insertion et de reconversion professionnelle organisé ou soutenu par les pouvoirs publics.

Cette disposition s'applique aux assurances groupe souscrites à partir du 1er mars 2022.

3.4 PENSIONNÉS

La mise à la retraite exclut l'affiliation ou le maintien de l'affiliation au régime de pension, à l'exception des pensionnés qui au 1er janvier 2016 sont déjà affiliés au régime de pension de l'organisateur.

4. GARANTIES

4.1 GÉNÉRALITÉS

En contrepartie des primes versées par l'organisateur, la compagnie assure :

- une prestation en cas de vie en faveur de l'affilié ;
- une prestation en cas de décès de l'affilié en faveur de son(ses) bénéficiaire(s), qui correspond au montant des réserves acquises.

Conformément aux conditions particulières, cette prestation est complétée, le cas échéant, de la (des) garantie(s) risque en cas de décès stipulée(s) dans les conditions particulières.

- le cas échéant, conformément aux conditions particulières, une prestation en cas d'incapacité de travail résultant d'une cause garantie comprenant une exonération de prime et/ou le paiement d'une rente en cas d'incapacité de travail.

4.2 GARANTIE EN CAS DE VIE

4.2.1 Capitalisation des primes et participation bénéficiaire

Les primes nettes pour la garantie en cas de vie, ainsi que les réserves constituées dans le cadre d'un engagement de pension au sens de la LPC sur la base d'une occupation auprès d'un employeur précédent et transférées à la compagnie, sont capitalisées à partir du deuxième jour suivant le jour de réception par la compagnie de la prime ou des réserves transférées. La capitalisation est effectuée au taux d'intérêt garanti par la compagnie, en vigueur au moment du versement de la prime ou des réserves transférées sur le compte en banque de la compagnie. Le taux d'intérêt est garanti jusqu'à l'âge terme. La compagnie se réserve le droit de modifier le taux d'intérêt garanti en fonction des conditions du marché et de la réglementation. En cas de modification du taux d'intérêt garanti, les dispositions de l'article 2.2.1 sont d'application.

En sus du taux d'intérêt garanti, la compagnie peut octroyer chaque année une participation bénéficiaire. Cette participation bénéficiaire est ajoutée aux réserves acquises après imputation des taxes éventuelles.

La capitalisation et l'éventuel octroi de la participation bénéficiaire ont lieu jusqu'à l'âge terme, sauf en cas de transfert des réserves dans le cadre de la sortie de l'affilié, conformément à l'article 9.1.2, en cas de transfert des réserves à un autre organisme de pension conformément à l'article 14 ou en cas de décès avant l'âge terme. En cas de prolongation de l'âge terme d'un an, la prolon-

gation se fait au tarif de la compagnie, applicable au moment de la prolongation.

4.2.2 Paiement de la garantie en cas de vie

4.2.2.1 Bénéficiaire, moment et forme du paiement

Bénéficiaire

Le bénéficiaire de la garantie en cas de vie est l'affilié.

Moment du paiement

Sans préjudice du droit de transfert des réserves à un autre organisme de pension et de l'affectation éventuelle des contrats dans le cadre du financement des opérations immobilières conformément à l'article 11, la prestation de pension complémentaire, les réserves acquises, les réserves éventuelles transférées à la compagnie sont liquidées lors de la mise à la retraite de l'affilié. Les prestations sont calculées à la date de la mise à la retraite et sont payées au plus tard dans les trente jours qui suivent la communication par l'affilié à la compagnie des données nécessaires au paiement.

Par dérogation à l'alinéa précédent, si la mise à la retraite est ultérieure à la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension en vigueur ou la date à laquelle il remplit les conditions pour recevoir sa pension de retraite anticipée comme travailleur salarié, les prestations et réserves visées à l'alinéa précédent peuvent être payées, à la demande écrite de l'affilié, à partir d'une de ces dates, pour autant que les conditions particulières le prévoient explicitement.

Dispositions transitoires relatives à un règlement de pension existant avant le 1er janvier 2016 :

- Par dérogation au premier alinéa, les affiliés nés avant 1962 peuvent demander le paiement de la prestation de pension complémentaire, des réserves acquises et des réserves éventuellement transférées à la compagnie, indépendamment de la mise à la retraite, à partir du moment où ils atteignent l'âge repris ci-dessous, pour autant que le règlement de pension tel qu'en vigueur avant le 1er janvier 2016 le permette :

Affiliés nés en:	Age à partir duquel le paiement peut être demandé pour autant que le règlement de pension en vigueur avant le 1er janvier 2016 le permette
1958 ou avant	60 ans
1959	61 ans
1960	62 ans
1961	63 ans

  L'affilié doit introduire la demande de paiement par écrit.
- Par dérogation au premier alinéa, les affiliés licenciés au plus tôt à l'âge de 55 ans en vue de la prise de cours d'un régime de chômage avec complément de l'entreprise dans le cadre d'un plan de restructuration établi et communiqué au ministre régional ou fédéral de l'emploi avant le 1er octobre 2015, peuvent demander le paiement de la prestation de pension complémentaire, des réserves acquises et des réserves éventuellement transférées à la compagnie, indépendamment de la mise à la retraite, à partir du moment où ils atteignent l'âge de 60 ans, pour autant que le règlement de pension tel qu'en vigueur avant le 1er janvier 2016 le permette. L'affilié doit introduire la demande de paiement par écrit.

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, la liquidation des prestations de pension avant la mise à la retraite de l'affilié n'est pas possible tant que ce dernier est en service de l'organisateur. En cas de paiement des prestations à l'affilié sur la base de cet alinéa, il sera tenu compte, lors du paiement ultérieur des réserves acquises à la suite de la mise à la retraite ou du décès, du montant brut déjà payé, capitalisé sur la base du taux d'intérêt garanti applicable jusqu'à la date du paiement ultérieur.

Lors de la mise à la retraite, la compagnie informe l'affilié sur les prestations dues, sur les options de paiement possibles, en ce compris le droit de l'affilié de demander une transformation en rente, et sur les données nécessaires au paiement.

Forme de paiement

La prestation en cas de vie est payée sous forme de capital.

L'affilié a cependant le droit de demander une conversion en rente pour autant que le montant brut annuel de la rente soit supérieur à 500 EUR. Ce montant est indexé selon les dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

L'organisateur informe l'affilié de ce droit deux mois avant la mise à la retraite ou dans les deux semaines après qu'il ait eu connaissance de la mise à la retraite anticipée.

Le coefficient de conversion pour la conversion du capital en rente est celui applicable au moment de la réception par la compagnie de la demande de paiement en rente, compte tenu du tarif d'application auprès de la compagnie à ce moment-là. Si le taux de la compagnie donne lieu à un taux plus bas que celui résultant de la base tarifaire imposée par l'arrêté d'exécution LPC, cette différence ou ce déficit est à charge de l'organisateur.

Ce déficit est puisé dans le fonds de financement. Cependant, à défaut de moyens suffisants dans le fonds de financement, ainsi qu'en cas d'absence d'un fonds de financement, la compagnie réclame à l'organisateur une prime unique afin d'apurer le déficit.

La rente est payable mensuellement à terme échu et pour la dernière fois à l'échéance mensuelle qui précède le mois où l'affilié décède. La rente n'est pas indexée et n'est pas réversible.

Le montant de la prestation à payer en cas de vie (capital ou rente) est diminué des retenues fiscales et sociales en vigueur à ce moment-là, ainsi que de(s) (la) prime(s) de risque due(s) mais pas encore retenue(s), des frais de gestion et des sommes éventuelles dues à des tiers.

4.2.2.2 Données à fournir pour le paiement

L'affilié ou son représentant légal fournit les données suivantes à la compagnie :

- une copie recto verso lisible de la carte d'identité de l'affilié et, le cas échéant, de son représentant légal ;
- une copie recto verso lisible de la carte de banque de l'affilié ou un relevé d'identité bancaire (RIB), sans préjudice de ce qui est indiqué ci-dessous ;
- le cas échéant, le choix du paiement sous forme de rente au lieu du capital ;
- si l'affilié se trouve en état d'incapacité : un document officiel indiquant le nom, le prénom et l'adresse de son représentant légal et l'attestation de la banque mentionnant le compte bloqué ouvert au nom de l'affilié jusqu'au moment de la levée de son incapacité ;
- une quittance signée par l'affilié ou son représentant légal ;
- tout autre document demandé par la compagnie, qui est nécessaire au paiement de la prestation en cas de vie.

4.3 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

4.3.1 Types de garanties en cas de décès - participation bénéficiaire

En cas de décès de l'affilié pendant la période de couverture, le montant des réserves acquises (vie) est liquidé au(x) bénéficiaire(s). Le cas échéant, il est tenu compte du montant brut de la garantie en cas de vie déjà versé, conformément à l'article 4.2.2.1, capitalisé jusqu'à la date du décès sur la base du taux d'intérêt garanti applicable. Les garanties risque suivantes peuvent être prévues dans les conditions particulières :

- une garantie risque en cas de décès (appelée garantie décès supplémentaire dans les assurances de groupe conclues avant le 1er mars 2022)

Le montant du capital risque est défini dans les conditions particulières.

La participation bénéficiaire est comprise dans le montant du capital risque.

et/ou

- une garantie risque en cas de décès par accident En cas de décès dans un délai d'un an à partir de l'accident, le capital risque défini dans les conditions particulières est versé au(x) bénéficiaire(s).

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

4.3.2 Formalités médicales

Concernant les garanties en cas de décès, la compagnie applique une politique d'acceptation médicale.

Cette politique d'acceptation peut être d'application entre autres dans les cas suivants : lors de l'affiliation, de l'augmentation des garanties risque assurées en cas de décès, de la remise en vigueur du contrat d'assurance, de la liquidation des prestations en cas de vie avant la mise à la retraite ou en cas de prolongation de l'âge terme.

Un examen médical peut seulement être imposé si l'affilié a la liberté de choisir lui-même le niveau de la couverture décès, si le capital en cas de décès est au moins 50 % supérieur au capital en cas de vie ou si dix travailleurs ou moins sont affiliés au régime de pension. L'affiliation ne peut pas être subordonnée au résultat de l'examen médical. Le résultat de l'examen médical peut en revanche donner lieu à une surprime, à charge de l'organisateur. En cas de plan cafétéria, les dispositions de l'article 5 sont d'application.

4.3.3 Portée des garanties en cas de décès

4.3.3.1 Période de couverture

La période de couverture des garanties en cas de décès prend effet à la date d'affiliation de l'affilié, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, à savoir la date de valeur de cette prime sur le compte en banque de la compagnie.

Sauf dans le cas d'une résiliation antérieure, la période de couverture des garanties en cas de décès prend fin :

- en cas de sortie en ce qui concerne les garanties risque; la garantie en cas de décès qui correspond au paiement des réserves acquises prend fin lors du transfert des réserves acquises demandé par l'affilié dans le cadre de la sortie ;
- lors de la mise à la retraite de l'affilié ;
- en cas de changement d'organisme de pension en ce qui concerne les garanties risque. La garantie en cas de décès qui correspond au montant des réserves acquises ne prend fin qu'en cas de transfert des réserves à l'autre organisme de pension ;
- en cas d'abrogation du régime de pension ou de disparition de l'organisateur sans que ses obligations soient reprises par un tiers en ce qui concerne les garanties risque.

4.3.3.2 Étendue géographique

Les garanties en cas de décès sont valables dans le monde entier.

4.3.3.3 Risques exclus

Lorsque le décès est la conséquence d'un acte intentionnel d'un ou de plusieurs bénéficiaires ou à leur instigation, aucune prestation en cas de décès n'est payée à ce(s) bénéficiaire(s). Le cas échéant, la prestation en cas de décès est payée à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s).

En ce qui concerne les assurances de groupe conclues à partir du 1er mars 2022, aucune couverture n'est accordée dans le cadre de la (des) garantie(s) de risque, lorsque le décès est causé par, favorisé par ou est lié aux éléments suivants :

- suicide de l'affilié dans l'année qui suit son affiliation, après l'entrée en vigueur de l'augmentation de la prestation en cas de décès en ce qui concerne l'augmentation de cette prestation ou après la remise en vigueur du contrat ;
- duel, crime ou délit commis intentionnellement par l'affilié en tant qu'auteur ou coauteur ;
- accident d'avion dans lequel l'affilié voyageait en tant que passager ou membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne régulière ou de charter régulier à caractère non militaire;
- saut en parachute (sauf en cas de force majeure) ;
- émeute et tout acte de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité, à moins que le (les) bénéficiaire(s) prouve(nt) que l'affilié soit n'y a d'aucune manière pris part activement, soit se trouvait dans un cas de légitime défense, soit n'est intervenu en tant que de membre de la force chargée par l'autorité du maintien de l'ordre ;
- guerre ou tout fait analogue et guerre civile; si le décès de l'affilié survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, on distingue deux cas :
  - si le conflit éclate pendant le séjour de l'affilié, la garantie est accordée pour autant que l'affilié n'ait pas pris activement part aux hostilités ;
  - si l'affilié s'est rendu dans un pays où un conflit armé est en cours, la garantie ne peut être accordée que moyennant le paiement d'une surprime, l'accord écrit de la compagnie et pour autant que l'affilié n'ait pas pris activement part aux hostilités ;
- les accidents causés directement ou indirectement par des effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres provenant d'une modification de la constitution nucléaire de la matière, de l'accélération artificielle des particules nucléaires ou des radiations provenant des radio-isotopes; à la suite des effets directs ou indirects d'une explosion, irradiation ou dégagement de chaleur provenant de la transmutation nucléaire ou de la radioactivité ;
- en cas de décès après que l'assurance principale relative à la garantie en cas de vie n'est plus en vigueur.

Concernant la garantie risque en cas de décès par accident, outre les exclusions précitées, les exclusions suivantes sont également d'application :

- les accidents découlant d'un mauvais état de santé, les accidents où cet état a occasionné la mort de l'assuré, alors que dans les circonstances normales, l'accident n'aurait pas été mortel;
- les accidents résultant de l'exercice d'une profession dangereuse, à savoir : acrobate, dompteur, plongeur, boxeur, cycliste, para-commando, agent de sécurité, pompier, conducteur de grue ou de bulldozer, transporteur ou accompagnateur de matières inflammables ou explosives ; et les activités professionnelles suivantes : entreprises de démolition, monter et descendre sur des échelles de plus de quatre mètres de haut, travailler sur des échafaudages, descendre dans des puits (mines, gorges et galeries), travailler sur des installations électriques à haute tension, utiliser ou traiter des articles pyrotechniques ou des matières explosives, fabriquer des poudres, fabriquer ou traiter des produits chimiques corrisifs, fabriquer des insecticides, travailler avec des machines de travail du bois à propulsion mécanique;
- les accidents survenus à l'assuré alors que :
  - il se trouve sous l'influence de stupéfiants ;
  - il se trouve en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique ;
  - il se trouve temporairement ou en permanence dans un état de désorientation dans le temps ou dans l'espace ;
  - il consomme des médicaments, des stimulants ou des stupéfiants de manière non conforme à la prescription médicale ;
  - il se trouve temporairement ou en permanence dans l'impossibilité de faire coïncider ses actes avec ceux que les conditions justifient raisonnablement ;

s'il existe un lien direct entre cette influence ou cet état et la cause du décès de l'assuré à la suite de l'accident ;

- les accidents survenus à la suite de la participation à des courses, des tests de vitesse ou des courses, des paris, défis et tout acte volontaire ou conscient causant un accident qui peut être raisonnablement prévu ;
- les accidents survenus à la suite de tremblements de terre, éruptions volcaniques, cyclones, tsunamis et tout autre phénomène naturel ;
- les accidents survenus à la suite de l'exécution de toute opération militaire ;
- les accidents survenus lors de la pratique de sports connus pour être dangereux, à savoir : le ski de compétition, le saut à ski, l'alpinisme, le deltaplane (avec ou sans moteur), le vol à voile, la spéléologie, les sports sous-marins, le moto-ball, le polo à cheval, le bobsleigh, le yachting et la pêche à plus de trois miles des côtes, l'aviation, la navigation aérostatique, le parapente, le saut à l'élastique, le sky surfing, le sky diving, la chasse d'animaux sauvages et de gros gibier, la boxe, le catch, le rodéo automobile, les courses hippiques, les courses de vitesse, les courses automobiles, motos et cyclomoteurs, les courses cyclistes, windsurfing (compétitions), le kite surfing, les concours à cheval et avec des véhicules tirés par des chevaux, ainsi que tous les exercices et essais liés à ces sports;
- les accidents survenus à la suite de l'utilisation, même en tant que passager, d'une moto sur deux roues ou plus, ainsi que d'une trottinette électrique, pouvant dépasser la vitesse de 45 km par heure.

En ce qui concerne les assurances de groupe conclues avant le 1er mars 2022, aucune couverture n'est accordée dans le cadre de la (des) garantie(s) risque, lorsque le décès est causé par, favorisé par ou est lié aux éléments suivants :

- suicide au cours de la première année suivant le début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la garantie; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant nominal assuré de la garantie, en ce qui concerne cette augmentation et à compter de sa prise d'effet; la compagnie doit apporter la preuve du suicide ;
- duel, crime ou délit commis intentionnellement par l'affilié en tant qu'auteur ou coauteur ;
- accident d'avion dans lequel l'affilié voyageait en tant que passager ou membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne régulière ou de charter régulier à caractère non militaire ;
- saut en parachute (sauf en cas de force majeure) ;
- émeute et tout acte de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité, à moins que le (les) bénéficiaire(s) prouve(nt) que l'affilié soit n'y a d'aucune manière pris part activement, soit se trouvait dans un cas de légitime défense, soit n'est intervenu en tant que de membre de la force chargée par l'autorité du maintien de l'ordre ;
- guerre ou tout fait analogue et guerre civile; si le décès de l'affilié survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, on distingue deux cas :
  - si le conflit éclate pendant le séjour de l'affilié, la garantie est accordée pour autant que l'affilié n'ait pas pris activement part aux hostilités ;
  - si l'affilié se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la garantie ne peut être accordée que moyennant le paiement d'une surprime, l'accord écrit de la compagnie et pour autant que l'affilié ne prend pas activement part aux hostilités ;
- tout fait ou succession de faits de même cause qui résulte ou est le résultat de sources de rayonnements ionisants, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs.

Dans le cadre de la garantie risque décès par accident, aucune couverture n'est accordée à la suite d'un risque qui serait exclu sur la base de l'alinéa susmentionné (appliqué tant au décès qu'à l'accident) ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même provoqué par, favorisé par ou lié à une des circonstances suivantes dans laquelle l'affilié se trouve au moment de l'accident :

- la participation à des délits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes téméraires (sauf en cas de sauvetage des personnes ou des biens) ;
- la pratique de sports de combat, la participation à des courses, à des concours et essais de vitesse, ainsi que pendant les entraînements, ou à l'occasion de paris et défis ;
- un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou d'hallucinogènes.

Dispositions communes concernant les assurances de groupe conclues avant et à partir du 1er mars 2022.

Dans le cas d'un risque exclu, seules les réserves acquises de la garantie en cas de vie sont payées au(x) bénéficiaire(s). Dans le cadre de la garantie risque en cas de décès par accident, aucun paiement n'a lieu.

4.3.4 Paiement des garanties en cas de décès

4.3.4.1 Bénéficiaire et forme du paiement

Bénéficiaire

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, la (les) garantie(s) en cas de décès est (sont) versée(s) au(x) bénéficiaire(s) dans l'ordre de priorité suivant :

1° le conjoint ou le partenaire cohabitant légal de l'affilié ;
La prestation en cas de décès n'est cependant pas accordée au conjoint de l'affilié divorcé ou séparé de corps et de biens, ni au conjoint de l'affilié impliqué dans une procédure en cours de divorce ou de séparation de corps et de biens. La prestation en cas de décès n'est pas accordée non plus au partenaire cohabitant légal si la cohabitation légale a été officiellement terminée;

2° à défaut, les enfants de l'affilié, chacun à part égale. Si un enfant de l'affilié est précédé, la part de cet enfant est accordée par représentation aux autres enfants survivants de l'enfant prédécédé; à défaut d'autres enfants survivants de l'enfant décédé, la part de l'enfant décédé est accordée aux autres enfants survivants de l'affilié, chacun à part égale ;

3° à défaut, les frères et sœurs de l'affilié, chacun à part égale. Si l'un d'eux est prédécédé, la partie du prédécédé revient aux enfants du prédécédé, chacun à part égale; à défaut d'enfants du défunt, aux frères et sœurs survivants de l'affilié, chacun à part égale ;

4° à défaut, les parents de l'affilié. Si un parent est prédécédé, au parent survivant de l'affilié; 5° à défaut, la succession de l'affilié, à l'exclusion de l'État; 6° à défaut, le fonds de financement.

L'ordre de priorité des bénéficiaires précité s'applique aux assurances de groupe souscrites à partir du 1er mars 2022.

Sur demande écrite adressée à la compagnie, l'affilié peut modifier l'ordre de priorité.

Si une autre personne que le conjoint ou les enfants de l'affilié est désignée ou que les droits du conjoint ou d'enfants sont réduits, l'autorisation écrite du conjoint est nécessaire. Si un affilié célibataire se marie et qu'il avait précédemment désigné un autre bénéficiaire, le conjoint prend néanmoins place dans l'ordre de priorité avant le bénéficiaire désigné précédemment par l'affilié. Cette disposition ne vaut pas en cas de demande écrite contraire de l'affilié avec accord écrit de son conjoint.

Chaque bénéficiaire peut accepter le bénéfice des garanties en cas de décès avant leur exigibilité au moyen d'un avenant signé par lui-même, le preneur d'assurance et la compagnie. Sauf dans les cas où la loi autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice a pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et le transfert des droits ne sont possibles que moyennant l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour chaque modification qui implique une diminution des prestations d'assurance qui sont assurées au bénéfice du bénéficiaire acceptant par les primes déjà payées.

Si l'affilié et le bénéficiaire décèdent lors d'un même événement, sans qu'il puisse être déterminé qui est décédé le premier, l'affilié est supposé avoir survécu au bénéficiaire et ne pas avoir opté pour le paiement sous forme de rente.

La compagnie informe le (les) bénéficiaire(s) sur les prestations dues, sur les options de paiement possibles, en ce compris le droit du bénéficiaire de demander un paiement sous forme de rente, ainsi que sur les données nécessaires pour le paiement.

Forme de paiement

Les prestations en cas de décès sont payées sous forme de capital.

Le bénéficiaire a cependant le droit de demander une transformation en rente pour autant que le montant brut annuel de la rente soit supérieur à 500 EUR. Ce montant est indexé selon les dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

L'organisateur informe le bénéficiaire du droit de demander un paiement sous forme de rente dans les deux semaines après qu'il ait eu connaissance du décès. Un paiement sous forme de rente est uniquement possible si le bénéficiaire est une personne physique. Le coefficient de conversion pour la conversion du capital en rente est celui applicable au moment de la réception par la compagnie de la demande de paiement sous forme de rente, compte tenu du tarif d'application auprès par la compagnie à ce moment-là. Si le taux de la compagnie donne lieu à un taux plus bas que celui résultant de la base tarifaire imposée par l'arrêté d'exécution LPC, cette différence ou ce déficit est à charge de l'organisateur.

Ce déficit est puisé dans le fonds de financement. Cependant, à défaut de moyens suffisants dans le fonds de financement, ainsi qu'en cas d'absence d'un fonds de financement, la compagnie réclame à l'organisateur une prime unique afin d'apurer le déficit.

La rente est payable mensuellement à terme échu et pour la dernière fois à l'échéance mensuelle qui précède le mois où le bénéficiaire décède. La rente n'est pas indexée et n'est pas réversible.

Le montant de la prestation à payer en cas de décès (capital ou rente) est diminué des retenues fiscales et sociales en vigueur à ce moment-là, ainsi que de(s) (la) prime(s) de risque due(s) mais pas encore retenue(s), des frais de gestion et des sommes éventuelles dues à des tiers.

Lorsque la garantie risque en cas de décès par accident est due, la compagnie est subrogée dans les droits et les actions du bénéficiaire pour exercer un recours contre le tiers responsable. Ni l'organisateur ni l'affilié ne peuvent, sans l'accord écrit de la compagnie, renoncer totalement ou partiellement à leur recours contre le tiers responsable.

4.3.4.2 Données à fournir pour le paiement

Le décès et un accident à issue mortelle dans le chef de l'affilié doivent être déclarés par écrit à la compagnie au plus tard dans les trente jours à compter de la date du décès. En cas de déclaration tardive, la compagnie peut réduire son intervention du préjudice qu'elle a subi, sauf s'il est suffisamment démontré que la déclaration du sinistre a été introduite aussi vite qu'il était raisonnablement possible. Le bénéficiaire ou son représentant légal doit fournir les données suivantes à la compagnie :

- un extrait de l'acte de décès de l'affilié ;
- une copie recto verso lisible de la carte d'identité du bénéficiaire ;
- une copie recto verso lisible de la carte de banque du bénéficiaire ou un relevé d'identité bancaire (RIB), sans préjudice de ce qui est indiqué ci-dessous ;
- une attestation médicale sur la base du modèle de la compagnie indiquant la cause du décès. En vue du paiement de la (des) garantie(s) en cas de décès, l'affilié donne son autorisation explicite à son médecin de fournir, après son décès, une déclaration sur la cause du décès au médecin conseil de la compagnie ;
- une attestation ou acte d'hérédité mentionnant la qualité des héritiers, si les bénéficiaires n'ont pas été indiqués ou déterminés ;
- si le bénéficiaire est un mineur ou se trouve en état d'incapacité : un document officiel indiquant le nom, le prénom et

l'adresse de son représentant légal et l'attestation de la banque mentionnant le compte bloqué ouvert au nom du bénéficiaire jusqu'à la majorité ou jusqu'au moment de la levée de son incapacité ;
- le cas échéant, le choix d'un paiement sous forme de rente au lieu du capital ;
- une quittance signée par le bénéficiaire ou son représentant ;
- tout autre document demandé par la compagnie, qui est nécessaire au paiement de la (des) garantie(s) en cas de décès.

4.4 GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

4.4.1 Types de garanties en cas d'incapacité de travail - causes garanties d'incapacité de travail - participation bénéficiaire

Les garanties risque suivantes en cas d'incapacité de travail peuvent prévoir des conditions particul ières :

- **Exonération de prime**

  Pendant la durée de l'incapacité de travail, la compagnie prend en charge, après l'expiration du délai de carence, le paiement des primes relatives aux garanties déterminées dans les conditions particulières, proportionnellement au degré d'incapacité de travail de l'affilié.

Et/ou

- **Rente en cas d'incapacité de travail**

  Pendant la durée de l'incapacité de travail, la compagnie paie à l'affilié, après l'expiration du délai de carence, la rente dont le montant annuel est déterminé dans les conditions particulières, proportionnellement au degré d'incapacité de travail. La rente est payée mensuellement à la fin du mois, à hauteur d'un douzième du montant annuel.

  Si prévu dans les conditions particulières, le montant de la rente est indexé annuellement à la date anniversaire de la prise d'effet du paiement. Le pourcentage d'indexation et la méthode (mathématique ou géométrique) sont définis dans les conditions particulières.

  En cas de paiement de la rente en cas d' incapacité de travail par la compagnie, l'organisateur et, le cas échéant, l'affilié, sont dispensés du paiement de la prime pour cette garantie proportionnellement au degré d'incapacité de travail et conformément aux mêmes dispositions que celles applicables à la rente en cas d'incapacité de travail.

  La rente en cas d'incapacité de travail a pour but de compenser une perte de revenus du travail.

  Ces garanties risque précitées sont de nature forfaitaire.

  Elles sont accordées dans la mesure où l'incapacité de travail est la conséquence d'une cause garantie mentionnée de manière explicite dans les conditions particulières (ou un avenant) et qui peut être :

- une maladie, des complications en cas de grossesse et d'accouchement;

et/ou

- un accident de la vie privée; et/ou
- un accident du travail.

Aucune participation bénéficiaire n'est accordée par rapport aux garanties risque en cas d'incapacité de travail.

4.4.2 Formalités médicales

Dans la mesure où la législation en vigueur l'autorise, la compagnie mène une politique d'acceptation médicale par rapport aux garanties risque en cas d'incapacité de travail.

Cette politique d'acceptation peut être d'application entre autres dans les cas suivants : lors de l'affiliation, de l'augmentation des garanties risque assurées en cas d'incapacité de travail ou de remise en vigueur du contrat d'assurance.

Des exclusions en fonction du résultat de l'examen médical ne sont possibles que si la législation en vigueur l'autorise. Le résultat de l'examen médical peut en revanche donner lieu à une surprime, à charge de l'organisateur. En cas de plan cafétéria, les dispositions de l'article 5 sont d'application.

4.4.3 Incapacité de travail

En cas d'incapacité de travail à la suite d'une cause garantie, les garanties risque déterminées dans les conditions particulières sont accordées après l'expiration du délai de carence et pour autant que le degré d'incapacité de travail s'élève à minimum 25 % (soit le seuil d'incapacité de travail). Si le degré d'incapacité de travail s'élève à minimum 67 %, il est assimilé à 100 % pour l'octroi des garanties risque, sans pouvoir dépasser 100 %.

Le degré d'incapacité de travail est déterminé par une décision médicale reconnue par la compagnie. Il est réduit en fonction du degré d'incapacité de travail qui est lié à ou qui découle d'une affection préexistante non couverte, un risque exclu ou une cause non garantie d'incapacité de travail.

En cas de changement du degré d'incapacité de travail, le pourcentage appliqué aux prestations sera modifié à partir de la date de prise d'effet du pourcentage modifié constaté par décision médicale et reconnu par la compagnie, mais au plus tôt trente jours avant la réception de la décision médicale par la compagnie. En cas de diminution du degré d'incapacité de travail au-dessous de 25 %, il est mis fin à l'intervention.

Si, vu la date de début de l'incapacité de travail et le délai de carence, la compagnie est redevable d'une prestation pour un mois incomplet, une part proportionnelle de la prestation sera accordée.

La compagnie se réserve le droit de réclamer au tiers responsable du sinistre les garanties risque qu'elle a accordées. Par conséquent, elle se subroge dans les droits de l'organisateur ou de l'affilié vis-à-vis du tiers responsable. Ni l'organisateur ni l'affilié ne peuvent, sans l'accord écrit de la compagnie, renoncer totalement ou partiellement à leur recours contre le tiers responsable.

4.4.4 Rechute

Si, dans les trois mois qui suivent la fin de l'incapacité de travail par rapport à laquelle une (des) garantie(s) risque a (ont) été accordée(s) sur la base de cette assurance, une nouvelle incapacité de travail de minimum 25 % se représente ayant la même cause, celle-ci est considérée comme une poursuite de l'incapacité de travail. Par conséquent, un nouveau délai de carence n'est pas appliqué et la période intermédiaire est prise en compte pour l'indexation de la rente en cas d'incapacité de travail prévue dans les conditions particulières.

4.4.5 Portée de la (des) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail

4.4.5.1 Période de couverture

La période de couverture des garanties risque prend effet à la date d'affiliation, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première)

prime, à savoir la date de valeur de cette prime sur le compte en banque de la compagnie.

La période de couverture prend fin à l'âge terme fixé dans les conditions particulières ou au premier des événements suivants, lorsqu'il se produit avant l'âge terme, sans préjudice aux articles 4.4.5.7 et 4.4.5.8 :

- lors de la sortie ;
- lors de la mise à la retraite ;
- en cas de changement d'organisme de pension ;
- en cas d'abrogation du régime de pension ou de disparition de l'organisateur sans que ses obligations soient reprises ;
- en cas de résiliation de l'assurance de groupe.

4.4.5.2 Étendue géographique

Les garanties risque en cas d'incapacité de travail sont valables dans le monde entier.

4.4.5.3 Risques exclus

En ce qui concerne les assurances de groupe conclues à partir du 1er mars 2022, les garanties ne sont pas accordées si l'incapacité de travail ou la cause de l'incapacité de travail est causée ou favorisée par :

- une tentative de suicide ou un acte intentionnel d'une personne qui a un intérêt dans les prestations ou à l'instigation de cette personne. La légitime défense ou les tentatives de sauver des personnes, des animaux ou des biens n'en font pas partie ;
- des troubles subjectifs sans aucun symptôme objectif ou sans bases médicales démontrables ;
- un duel, un crime ou un délit auquel l'affilié a participé activement ;
- une émeute et tout acte de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité, à moins que l'affilié prouve que, soit il n'y a en aucune manière pris part activement, soit il se trouvait en état de légitime défense, soit il n'est intervenu qu'à titre de membre des forces chargées par l'autorité du maintien de l'ordre ;
- une guerre ou tout fait similaire et une guerre civile : en cas de guerre, guerre civile ou tout autre fait similaire se produisant dans un pays étranger, une distinction est établie entre deux cas :
  - si le conflit éclate pendant le séjour de l'affilié, la garantie est valable pour autant que l'affilié n'ait pas pris activement part aux hostilités ;
  - si l'affilié s'est rendu dans un pays où un conflit armé est en cours, la garantie ne peut être accordée que moyennant le paiement d'une surprime, l'accord écrit de la compagnie et pour autant que l'affilié n'ait pas pris activement part aux hostilités ;
- des sources de rayonnements ionisants, des matières fissiles, des produits ou déchets radioactifs, exception faite des rayons médicaux nécessités par une cause couverte de l'incapacité de travail ;
- un abus d'alcool, stupéfiants ou médicaments, une assuétude ou toute forme de toxicomanie ;
- une participation à ou la réalisation de paris ou défis dans le cadre desquels des risques inconsidérés sont pris ou d'actes téméraires ;
- un saut en parachute, sauf en cas de force majeure ;
- un tremblement de terre ou d'autres catastrophes naturelles ;
- un d'accident d'avion dans lequel l'affilié voyageait en tant que passager ou membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'une ligne régulière ou d'un vol charter à caractère non militaire ;
- l'exercice professionnel de sports, même à titre d'activité accessoire, y compris les entraînements à cette fin ;
- la participation à des courses, concours et essais de vitesse, y compris les entraînements à cette fin ;
- l'exercice d'une profession dangereuse, à savoir : acrobate, dompteur, plongeur, boxeur, cycliste, para commando, agent de sécurité, policier dans la brigade anti-gang ou anti-drogue, pompier, conducteur de grue ou de bulldozer, transporteur ou accompagnateur de matières inflammables ou explosives ; et les activités professionnelles suivantes : entreprises de démolition, monter et descendre sur des échelles de plus de quatre mètres de haut, travailler sur des échafaudages, descendre dans des puits (mines, gorges et galeries), travailler sur des installations électriques à haute tension, utiliser ou traiter des articles pyrotechniques ou des matières explosives, fabriquer des poudres, fabriquer ou traiter des produits chimiques corrosifs, fabriquer des insecticides, travailler avec des machines de travail du bois à propulsion mécanique ;
- un traitement esthétique, une stérilisation, une insémination artificielle ou une fécondation in-vitro. Le traitement esthétique est cependant couvert s'il s'agit d'une opération chirurgicale à la suite d'une cause garantie ;
- l'exercice, même occasionnel, des sports suivants : acrobatie, alpinisme, football américain, basejump, saut à l'élastique, bobsleigh, bodyflying, canyoning, course sur circuit, circuit climbing, corrida, deltaplane (avec ou sans moteur), plongée sous-marine, sports motorisés, sports de combat et de défense, hockey sur glace, ice surfing, chasse, karting, kite surfing, sports sous-marins, vol en parachute (parapente), rafting, rodéo, escalade, rugby, skeleton, saut à ski, sky surfing, sky diving, spéléologie, survival training, yachting, vol à voile, deltaplane ;
- les troubles psychiques, exception faite de ceux visés à l'article 4.4.5.4.

En ce qui concerne les assurances de groupe conclues avant le 1er mars 2022, la compagnie n'accorde aucune couverture et n'effectue donc pas de versement ou d'attribution dans le cadre des garanties risque en cas d'incapacité de travail suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des diverses garanties risque en cas de décès (également par accident) (appliqué tant à l'incapacité de travail proprement dite qu'à sa cause) ou si l'incapacité de travail proprement dite ou sa cause est provoquée par, favorisée par ou liée à :

- le fait que l'affilié n'était pas capable de contrôler ses actes, à la suite de l'utilisation sans contrôle médical de stupéfiants ;
- des armes ou engins destinés à exploser au moyen de modification de structure du noyau atomique ;
- des combustibles nucléaires, produit ou déchets radioactifs ou toute autre source de rayons ionisants, à l'exception des traitements médicaux par rayons exigés par un accident couvert ou par une maladie couverte ;
- des troubles subjectifs ou psychiques, à l'exception de ceux dont le diagnostic repose sur des symptômes organiques ;
- une affectation allergique qui ne représente pas un degré d'invalidité physiologique de plus de 25 % ;
- les traitements que l'affilié s'est appliqué à lui-même, à l'exception des actes de soins personnels normaux ;
- la pratique professionnelle de n'importe quel sport ;
- la pratique, même occasionnelle, d'activités sportives dangereuses comme l'acrobatie, le football américain, le saut à l'élastique, l'alpinisme et la varappe, l'utlisation, en tant

que pilote ou passenger, d'avions de sport, d'hélicoptères ou de montgolfières, le bodyflying, le canyoning, le city climbing, la corrida, le deltaplane, les sports de combat, l'haltérophilie, le hockey sur glace, le véliplanchisme sur glace, la chasse, le karting, le kayak, le military, l'offshore, le vol à voile, le saut en parachute, le parapente et le para-voile, le rafting, la luge, le rodéo, le rugby, le sky surfing, les entraînements de survie, l'utliastion d'engins du type ULM, la pêche en haute mer, voile en mer, ... ;

- la pratique régulière ou en compétition (y compris les entraînements de préparations) d'activités sportives dangereuses comme le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski en compétition, la course de galop ou la course de trot à cheval, le polo à cheval, la spéléologie, la plongée sous- marine, ... ;
- toute forme d'activité sportive rémunérée ;
- certaines activités professionnelles dangereuses comme la descente dans des puits, des mines, des carrières, des canalisations souterraines ou encore les travail sur des lignes à haute tension, la manipulation d'engins et de produits explosifs ou corrosifs, des activités sur un chantier de démolition; une chute de plus de 4 mètres dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle ;
- une tentative de suicide.

4.4.5.4 Incapacité de travail à la suite de troubles psychiques

Pour les assurances de groupe conclues à partir du 1er mars 2022, les garanties risque sont accordées après l'expiration du délai de carence, si l'incapacité de travail résulte d'un (ou plusieurs) des troubles psychiques mentionnés ci-après, dont le diagnostic a été posé par un psychiatre agréé en Belgique, et que ce diagnostic répond aux critères du système de référence international DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5e édition ou versions ultérieures) :

- dépression majeure ;
- trouble bipolaire ;
- troubles psychotiques ;
- trouble de l'anxiété généralisé ;
- trouble dissociatif ;
- trouble obsessionnel-compulsif ;
- schizophrénie ;
- burn-out ;
- anorexie nerveuse ;
- boulimie nerveuse.

Si l'incapacité de travail résulte du syndrome de fatigue chronique (SFC) et/ou de fibromyalgie, les garanties risque sont accordées après l'expiration du délai de carence à condition que le diagnostic en ait été établi par un spécialiste ou centre de référence agréé en Belgique pour ces troubles, sur la base de symptômes explicables médicalement et/ou organiques.

La période de prestation totale est limitée pour tous les troubles psychiques confondus à une durée maximale de deux ans, interrompue ou non. Si, au moment de l'expiration du contrat de travail conclu avec l'organisateur, la compagnie accorde une intervention pour un trouble psychique sur la base de la disposition actuelle, il est tenu compte, pour l'évaluation de la durée maximale de deux ans, de la période durant laquelle la compagnie a accordé son intervention. Aucune intervention n'est accordée pour des troubles psychiques apparus après la fin du contrat de travail.

La limitation susmentionnée à une durée maximale de deux ans, interrompue ou non, ne s'applique pas à la garantie risque exonération de prime.

4.4.5.5 Incapacité de travail à la suite de complications en cas de grossesse ou d'accouchement

En cas d'incapacité de travail à la suite de complications dans le cadre d'une grossesse ou d'un accouchement, les garanties sont suspendues pendant la période légale ou réglementaire du repos de maternité, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

Les garanties ne sont pas non plus accordées pendant la période d'éloignement préventif complet de l'affiliée en raison de l'exposition à un risque pour la santé de l'affiliée ou celle du fœtus ou de l'enfant, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

4.4.5.6 Préexistence

Il est question de préexistence :

- si la maladie ou l'affection a été constatée avant la date d'affiliation ;
- si la maladie ou l'affection n'a pas encore été constatée au moment de l'affiliation, mais les symptômes de la maladie ou de l'affection ont été constatés médicalement avant la date d'affiliation ;
- en cas d'accident occasionné par une maladie ou affection préexistante, comme mentionné ci-dessus.

La (les) garantie(s) risque n'est (sont) pas accordée(s) si l'incapacité de travail résulte d'une maladie, d'une affection ou d'un accident préexistant. Cela s'applique également en cas d'augmentation de la garantie rente en cas d'incapacité de travail, en ce qui concerne la partie de l'augmentation.

4.4.5.7 Impact de la fin de l'affiliation sur les garanties risque en cas d'incapacité de travail à la suite d'un sinistre couvert

En cas de fin de l'affiliation suite à la mise à la retraite, à l'atteinte de l'âge terme ou au décès, les garanties risque rente en cas d'incapacité de travail et exonération de prime prennent fin, respectivement à la date de la mise à la retraite, à l'âge terme ou à la date du décès.

En cas de cessation de l'affiliation raison de l'expiration du contrat de travail (autrement que par la mise à la retraite ou le décès) ou parce que les conditions d'affiliation ne sont plus remplies sans que cela coïncide à l'expiration du contrat de travail, la compagnie continue à intervenir dans le cadre de la garantie risque rente en cas d'incapacité de travail pour autant que l'incapacité de travail de l'affilié soit survenue avant l'expiration du contrat de travail ou avant la date à laquelle l'affilié ne remplit plus les conditions d'affiliation. Le cas échéant, l'intervention est encore accordée au plus tard jusqu'au premier des événements suivants: la diminution du degré d'incapacité de travail au-dessous de 25 %, la reprise du travail, la mise à la retraite (anticipée ou non) ou le paiement de la garantie en cas de vie, l'atteinte de l'âge terme ou le décès. Cependant, aucune intervention ne sera accordée pour l'aggravation de l'incapacité de travail qui se produit après l'expiration du contrat de travail ou le fait de ne plus remplir les conditions d'affiliation. Il n'est pas non plus tenu compte d'une rechute après l'expiration du contrat de travail ou le fait de ne plus remplir les conditions d'affiliation. La garantie risque rente en cas d'incapacité de travail est toutefois suspendue pendant la période couverte par une indemnité de préavis.

La garantie risque exonération de prime prend fin à la date de l'expiration du contrat de travail ou à la date à laquelle l'affilié ne remplit plus les conditions d'affiliation.

En cas de cessation de l'affiliation à la suite du transfert de l'organisateur sans que l'assurance de groupe soit reprise par un tiers, la compagnie continue à intervenir dans le cadre des garanties risque

rente en cas d'incapacité de travail et exonération de prime pour autant que l'incapacité de travail de l'affilié soit survenue avant le transfert de l'organisateur. Le cas échéant, l'intervention est encore accordée au plus tard jusqu'au premier des événements suivants: la diminution du degré d'incapacité de travail au-dessous de 25 %, la reprise du travail, la mise à la retraite (anticipée ou non) ou le paiement de la garantie en cas de vie, l'atteinte de l'âge terme, le décès ou, en ce qui concerne la garantie risque exonéraion de prime, la date de reprise de l'organisateur par un tiers.

4.4.5.8 Conséquences de la résiliation de l'assurance de groupe, du changement d'organisme de pension ou de la disparition de l'organisateur sur les garanties risque en cours en cas d'incapacité de travail à la suite d'un sinistre couvert

Si l'incapacité de travail à la suite d'une cause garantie est apparue avant la date à laquelle la résiliation de l'assurance de groupe prend effet, avant le changement d'organisme de pension ou avant la disparition de l'organisateur sans que ses obligations ne soient reprises par un tiers, la compagnie continue à intervenir au plus tard jusqu'au premier des événements suivants : la diminution du degré d'incapacité de travail au-dessous de 25 %, la reprise du travail, la mise à la retraite (anticipée ou non) ou le paiement de la garantie en cas de vie, l'atteinte de l'âge terme ou le décès. Cette disposition s'applique également à l'aggravation de l'incapacité de travail ou à une rechute qui se produisent à partir de la notification de la résiliation ou de la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

4.4.6 Sinistre : obligations – expertise médicale

4.4.6.1 Obligations dans le cadre d'un sinistre

Toutes les affections, maladies ou accidents qui peuvent donner lieu à des prestations dans le cadre de la (des) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail doivent être déclarés par l'affilié à la compagnie. La déclaration doit être faite au plus tard quinze jours avant l'expiration du délai de carence ou, si le délai de carence est de trois mois ou plus, dans les deux mois. En cas de déclaration tardive, la compagnie se réserve le droit de réduire ou de refuser son intervention, excepté si la déclaration a été faite aussi rapidement que ce qui était raisonnablement possible.

La déclaration doit être accompagnée de tout certificat ou rapport du médecin traitant de l'affilié permettant de déterminer la nature, la cause, le degré, la date de début et la durée vraisemblable de l'incapacité de travail. La compagnie se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires ou d'inviter l'affilié à se présenter chez son médecin conseil pour des examens médicaux. Les frais de ces examens médicaux sont à charge de la compagnie.

L'affilié autorise son médecin traitant à communiquer tous les renseignements concernant son état de santé au médecin conseil de la compagnie.

En cas d'incapacité de travail à l'étranger, les dispositions du présent article sont également d'application. L'affilié se présente pour un examen médical chez le médecin conseil de la compagnie en Belgique à la demande de la compagnie. Les dépenses particulières qui en résultent, telles que les frais de déplacement, sont à charge de l'affilié. Les frais de l'examen médical sont à charge de la compagnie.

L'affilié doit se faire administrer tous les soins médicaux nécessaires en vue de sa guérison et s'abstenir de tout ce qui peut aggraver l'incapacité de travail.

Tout changement dans le degré ou la durée de l'incapacité de travail, ainsi que toute reprise du travail, totale ou partielle, doivent être communiqués par écrit à la compagnie dans les huit jours. Dans ce cas, les prestations sont adaptées à partir de la date du changement. Les prestations éventuellement accordées injustement doivent être remboursées à la compagnie.

Si l'affilié ne respecte pas les obligations de cet article, la compagnie peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice qu'elle a subi. Si l'affilié n'a pas respecté ces obligations dans une intention frauduleuse, la compagnie peut refuser la couverture.

4.4.6.2 Expertise médicale

Sur la base des renseignements reçus lors de l'affiliation, lors de la déclaration de sinistre, ainsi que par la suite, la compagnie évalue la réalité, la durée et le degré de l'incapacité de travail.

La détermination du degré d'incapacité de travail dans le cadre de cette assurance est indépendante de toute décision de la mutualité de l'affilié ou de tout autre organisme.

La décision de la compagnie est communiquée par écrit à l'assuré et est considérée comme acceptée, sauf si l'assuré déclare son désaccord dans les trente jours suivant cette notification.

Les litiges de nature médicale peuvent être réglés de commun accord dans le cadre d'une expertise médicale à l'amiable. La compagnie et l'affilié désignent chacun leur propre médecin. Si ces deux médecins n'arrivent pas à un accord, ils désignent un troisième médecin. Les trois médecins décident conjointement, mais à défaut d'une majorité, l'avis du troisième médecin est décisif.

Si une des parties néglige de désigner un médecin ou si les deux médecins ne sont pas d'accord sur la désignation d'un troisième médecin, la désignation se fait sur demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'affilié.

Chaque partie supporte les frais et honoraires du médecin qu'elle a choisi. Les frais du troisième médecin sont supportés par les deux parties à raison d'une moitié chacune.

4.5 DÉTERMINATION ET MODIFICATION DES GARANTIES RISQUE PAR LA COMPAGNIE

La compagnie peut réduire à tout moment le montant assuré souhaité ou effectif des garanties risque, s'il apparaît, eu égard au budget de prime ou à son éventuelle quotité maximale qui peut y être affectée et au montant des réserves, qu'elles ne peuvent pas ou plus être financées.

Dans ce cas, la compagnie diminue le montant des garanties risque concernées, étant entendu qu'il est en principe donné priorité à la conclusion ou au maintien des garanties risque (minimales) obligatoires et que, le cas échéant, seule(s) est (sont) réduite(s) la (les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) ne peut être affectée qu'une quotité maximale du budget de prime. La compagnie peut éventuellement aussi réduire les paramètres (délai de carence, indexation annuelles, etc.) des garanties risque. Il en va de même pour l'assurance d'éventuels standards et d'éventuels options standard, étant cependant entendu qu'il est en principe donné la priorité à la conclusion ou au maintien des garanties risque (minimales) obligatoires précitées et sans préjudice des dispositions en matière de surprime prévues à l'article 5.

En cas de diminution des garanties risque déjà effectivement assurées (ou de réduction de leurs paramètres) à l'initiative de la compagnie, comme indiqué ci-dessus, la compagnie en avertit l'organisateur et l'affilié.

5. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES EN CAS DE PLAN CAFÉTÉRIA

Les dispositions suivantes s'appliquent aux assurances de groupe conclues à partir du 1er mars 2022. En cas d'un plan cafétéria, les conditions particulières déterminent le budget de prime disponible, les garanties auxquelles l'affilié peut librement affecter le budget de prime disponible de l'organisateur dans les limites de ce budget, ainsi que les garanties standard.

L'affilié doit faire son choix lors de l'affiliation et peut le modifier par la suite en cas de modification de la composition familiale, ainsi qu'au plus tard soixante jours calendrier avant la date d'adaptation annuelle.

En attendant le choix ou en l'absence de choix, l'affilié est censé avoir opté pour l'affiliation aux garanties standard.

L'affilié informe l'organisateur par écrit de (la modification de) son choix, qui en fait part immédiatement à la compagnie.

En cas de choix (explicite ou implicite) de la garantie standard, la contribution de l'employeur ne peut pas être inférieure à la prime nécessaire au financement de la garantie standard.

En ce qui concerne les assurances de groupe conclues avant le 1er mars 2022, les dispositions suivantes sont d'application.

Dans le cas d'un plan cafétéria, les conditions particulières peuvent offrir aux affiliés la possibilité de choisir eux-mêmes le montant nominal assuré d'une garantie ou de choisir un autre montant (nominal) que le montant standard ou un montant plus élevé (nominal) que le montant minimal (le montant minimal tient lieu de standard). Le montant choisi par l'affilié peut aussi, à sa demande, être indexé de manière forfaitaire (pourcentage fixe) ou non forfaitaire (comme l'indice (santé) des prix à la consommation) ou être lié à l'évolution de sa rémunération de référence. Les conditions particulières peuvent également offrir des possibilités de choix aux affiliés concernant les paramètres des garanties (période de couverture, délai de carence, etc.). Enfin, les conditions particulières peuvent prévoir des options (groupées). Le choix s'opère toujours dans les limites du budget de prime défini dans les conditions particulières ou de son éventuelle quotité maximale qui peut être affectée aux garanties concernées. Le choix se fait lors de l'affiliation ou ultérieurement et peut être revu par la suite.

Lorsque l'affilié peut choisir librement le montant d'une garantie ou lorsqu'un montant minimal ou standard s'applique à une garantie, l'affilié est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, respectivement supposé ne pas vouloir prendre cette garantie ou ne pas vouloir être assuré pour un montant supérieur au minimum ou ne pas vouloir être assuré pour un autre montant que le montant standard. La même chose vaut en ce qui concerne les paramètres des garanties (période de couverture, délai de carence, etc.). Lorsque l'affilié peut effectuer un choix parmi des options concernant une garantie ou un ensemble de garanties, il est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, supposé vouloir être assuré pour l'option standard. L'affilié peut toujours demander de relever le niveau des garanties aux standards et/ou options standard en cas de changement de fait de sa composition familiale qui entraîne une augmentation de ses charges familiales (présence d'un partenaire, enfant supplémentaire à charge, ...). Si cette demande est introduite auprès de l'assureur dans les 3 mois qui suivent l'événement concerné avec mention de la nature et de la date du changement de fait susvisé de la composition familiale, les critères d'acceptation de la (des) garantie(s) de risque concernée(s) sont les mêmes que ceux appliqués aux standards et/ou aux options standard à l'occasion de l'affiliation à l'assurance de groupe.

Dispositions communes relatives aux assurance de groupe conclues avant et à partir du 1er mars 2022: budget de prime insuffisant.

Les surprimes éventuelles demandées par la compagnie relatives à la (aux) garantie(s) standard, quelle qu'en soit la cause (surprime à la suite de formalités médicales, modification de la rémunération, du pourcentage d'emploi ou de la composition familiale de l'affilié) sont à charge de l'organisateur.

La surprime suite au choix de l'affilié pour d'une couverture plus élevée que celle prévue par la (les) garantie(s) standard, est à charge de l'affilié. La compagnie informe l'affilié par écrit de la surprime. Dans les limites du budget de prime disponible, l'affilié peut effectuer un nouveau choix dans le cadre des garanties fixées dans les conditions particulières et doit communiquer son nouveau choix par écrit à la compagnie dans les trente jours suivant la date de la notification écrite précitée par la compagnie. A défaut de notification à temps du nouveau choix à la compagnie, ainsi lorsque le budget de prime est insuffisant pour financer les garanties choisies par l'affilié, l'affilié est assuré à concurrence de la (des) garantie(s) standard. Si un sinistre survient avant la notification écrite du choix à la compagnie, la compagnie intervient en cas de sinistre couvert sur la base des montants assurés dans le cadre de la (des) garantie(s) standard.

6. TRAVAIL À TEMPS PARTIEL – SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

6.1 TRAVAIL À TEMPS PARTIEL

Les affiliés occupés à temps partiel auprès de l'organisateur bénéficient des mêmes garanties que les affiliés à temps plein, compte tenu toutefois de la réduction du temps de travail.

Ce qui implique que lorsque conformément aux conditions particulières, les contributions, la garantie risque en cas de décès et/ou la garantie risque en cas de décès par accident sont liées à une rémunération de référence, cette rémunération de référence est convertie en une base à temps plein, et les contributions et/ou garanties risque susmentionnées ainsi converties sur une base à temps plein sont ensuite proratisées en fonction du pourcentage de travail réel. Lorsque la garantie risque rente en cas d'incapacité de travail est liée à une rémunération de référence, le calcul s'effectue sur la base de la rémunération correspondant aux prestations à temps partiel.

Lorsque les contributions et/ou garanties risque (décès, décès par accident et/ou rente en cas d'incapacité de travail) ont été définies de manière nominale ou forfaitaire selon les conditions particulières, ce montant nominal ou forfaitaire est proratisé en fonction du pourcentage de travail réel.

Les dispositions précitées ne sont toutefois pas applicables si le travail à temps partiel a lieu dans le cadre d'une incapacité de travail partielle et que l'affilié a été affilié, avant le début de l'incapacité de travail, à la garantie risque exonération de prime prévue dans les conditions particulières. Dans ce cas et à condition qu' il s'agisse d'un sinistre couvert, la compagnie prend en charge, après l'expiration du délai de carence, le paiement des primes pour les garanties proportionnellement au degré d'incapacité de travail de l'affilié.

Le crédit-temps à temps partiel, l'interruption de carrière à temps partiel et la suspension à temps partiel des prestations de travail

par l'affilié dans le cadre des congés thématiques sont considérés comme un travail à temps partiel.

En cas de modification du pourcentage de travail, les contributions et/ou les garanties risque sont recalculées. Ce calcul produit son effet à partir du premier jour du mois suivant ou coïncidant avec la modification du pourcentage de travail.

6.2 SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension complète du contrat de travail conclu avec l'organisateur, le paiement de la prime est suspendu à partir du dernier jour du mois où l'organisateur ne paie plus de salaire.

Le contrat de contribution de l'employeur et le contrat de contribution du travailleur sont réduits à la date à laquelle le paiement de prime est suspendu.

La garantie risque en cas de décès par accident et la(es) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail prennent fin à partir de la date à laquelle le paiement de prime est suspendu. La prime de risque pour le maintien de la garantie risque en cas de décès dans la dernière situation assurée est encore déduite des réserves jusqu'à leur épuisement. Une fois ces réserves épuisées, cette garantie risque prend fin.

Les dispositions précitées ne sont toutefois pas applicables si la suspension du contrat de travail est la conséquence d'une incapacité de travail et que l'affilié a été affilié, avant le début de l'incapacité de travail, à la garantie risque exonération de prime prévue dans les conditions particulières. Dans ce cas et à condition qu'il s'agisse d'un sinistre couvert, la compagnie prend en charge, après l'expiration du délai de carence, le paiement des primes pour les garanties proportionnellement au degré d'incapacité de travail de l'affilié.

A partir de la date de fin de la suspension du contrat de travail et pour autant que l'affilié réponde aux conditions d'affiliation à ce moment, le paiement de la prime reprend, et les contributions et la (les) garantie(s) risque en cas de décès sont calculées en fonction du pourcentage de travail au moment de la reprise du travail. Concernant la (les) garantie(s) risque en cas de décès auxquelles il a été mis fin, la compagnie peut, le cas échéant, pratiquer une acceptation médicale comme s'il s'agissait d'une nouvelle affiliation.

Le crédit-temps à temps plein, l'interruption de carrière à temps plein et la suspension à temps plein des prestations de travail par l'affilié dans le cadre de congés thématiques sont considérés comme une suspension complète du contrat de travail.

En cas de suspension partielle du contrat de travail conclu avec l'organisateur, les dispositions de l'article 6.1 sont d'application.

7. FINANCEMENT

7.1 CONTRIBUTIONS DE L'EMPLOYEUR ET/ OU DU TRAVAILLEUR

Conformément aux dispositions des conditions particulières, les garanties sont financées par des contributions de l'employeur et/ ou du travailleur.

Le cas échéant, les contributions du travailleur sont prélevées par l'organisateur sur le salaire de l'affilié.

L'organisateur verse les contributions de l'employeur et, le cas échéant, les contributions du travailleur à la compagnie. La compagnie verse ensuite la prime nette sur un compte individuel lié au contrat de contribution de l'employeur respectivement sur un compte individuel lié au contrat de contribution du travailleur.

Les conditions particulières définissent les règles relatives à la détermination des contributions, la périodicité de leur paiement, et la prise en charge par l'organisateur ou par l'affilié des taxes fiscales et parafiscales concernant les contributions.

Les contributions sont payables anticipativement à la compagnie.

La prime de risque pour la garantie risque en cas de décès est prélevée sur les réserves acquises. Ce prélèvement sur les réserves a en principe lieu au début de chaque mois. Cependant, si cette garantie risque (ou son augmentation) entre en vigueur en cours de mois, le prélèvement de la prime de risque (pour l'augmentation) a en principe lieu au début du mois qui suit la date de l'entrée en vigueur de cette garantie risque (ou de son augmentation), et la prime de risque pour ce mois n'est calculée et prélevée que sur une base prorata temporis. Si, en ce qui concerne les réserves acquises, différents taux d'intérêt garantis sont d'application, la prime de risque est prélevée proportionnellement.

La prime de risque pour la garantie risque en cas de décès par accident et la prime de risque pour la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail ne sont pas prélevées sur les réserves acquises. Les primes de risque nécessaires au financement de ces garanties risque sont directement prélevées sur les contributions versées. Les conditions particulières déterminent si la (les) prime(s) de risque relative(s) à cette (ces) garantie(s) risque est (sont) comprise(s) dans le budget de prime ou si elle(s) s'ajoute(nt) à ce budget.

L'organisateur s'engage à verser uniquement des contributions et des dotations dans l'assurance de groupe aux conditions et dans les limites prévues par la réglementation fiscale.

7.2 NON-PAIEMENT DES CONTRIBUTIONS

Les garanties en cas de vie et de décès, à l'exception de la garantie risque en cas de décès par accident et la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail, prévues dans l'assurance de groupe, concernent une assurance vie dans le cadre de laquelle le paiement de la prime vis-à-vis de la compagnie n'est pas obligatoire.

Excepté si le preneur d'assurance a informé la compagnie par écrit de l'arrêt du paiement de la prime, la compagnie enverra au preneur d'assurance, en cas de non-paiement de la prime, une mise en demeure par lettre recommandée au plus tôt trente jours après l'échéance stipulée dans les conditions particulières, dans laquelle elle lui rappelle l'échéance de la prime et les conséquences du non-paiement de la prime.

La compagnie informera chaque affilié du non-paiement au plus tard trois mois après l'échéance de la prime. L'organisateur s'engage à fournir, à la première demande de la compagnie, toutes les informations nécessaires afin que la compagnie puisse satisfaire à son obligation de notification à l'égard de l'affilié.

Dans les trente jours qui suivent l'envoi de la mise en demeure par recommandé et en l'absence d'un versement suffisant de prime ou à la date de réception de la notification écrite de l'organisateur à la compagnie de l'arrêt du paiement de la prime pour l'assurance de groupe, la garantie en cas de vie est réduite et il est mis fin à la garantie risque en cas de décès par accident ainsi que à la (aux) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail. La prime de risque pour le maintien de la garantie risque en cas de décès dans la dernière situation assurée est déduite des réserves jusqu'à leur épuisement. Une fois ces réserves épuisées, il est mis fin à cette garantie risque, mais au plus tôt dans les trente jours qui suivent l'envoi de la mise en demeure par recommandé ou à la date de

réception de la notification écrite de l'organisateur à la compagnie de l'arrêt du paiement de la prime de l'assurance de groupe.

Le contrat réduit de contribution de l'employeur et, le cas échéant, le contrat réduit de contribution du travailleur restent soumis aux dispositions du règlement d'assurance de groupe.

7.3 SOUS-FINANCEMENT

Les réserves constituées auprès de la compagnie doivent être financées de telle sorte qu'elles atteignent à tout moment le montant minimum défini par la réglementation en matière de pensions complémentaires. Dans le cas où le financement des réserves est insuffisant, la compagnie avertit l'organisateur dès qu'elle a constaté l'insuffisance.

A défaut d'un financement suffisant dans les six mois à compter de cet avertissement ou dans tous les cas où le régime de pension est supprimé, l'assurance de groupe est réduite.

Dans ces cas, les réserves sont reportées sur le contrat de contribution de l'employeur et, le cas échéant, sur le contrat de contribution du travailleur, dans la mesure où cela n'était pas encore le cas.

Conformément à l'arrêté d'exécution Vie, la répartition des réserves non individualisées est effectuée pour chaque affilié dans le rapport entre le montant de la différence entre sa réserve acquise totale, majorée, le cas échéant, à concurrence du montant de la garantie de rendement minimum par rapport à la contribution du travailleur et la réserve de ses contrats individuels de contribution de l'employeur et de contribution du travailleur et la somme, pour tous les affiliés, de ces différences.

8. RÉSERVES ET PRESTATIONS ACQUISES - GARANTIE DE RENDEMENT MINIMUM

8.1 RÉSERVES ACQUISES ET PRESTATIONS ACQUISES

L'affilié peut immédiatement prétendre aux réserves acquises et aux prestations acquises.

Les réserves acquises à un moment donné équivalent aux réserves constituées à ce moment-là par les contributions de l'employeur pour la garantie vie, y compris la participation bénéficiaire accordée, et aux réserves constituées par les contributions du travailleur pour la garantie vie, y compris la participation bénéficiaire accordée.

Si, lors de la sortie, l'affilié laisse ses réserves acquises auprès de la compagnie, les prestations acquises à l'âge terme sont égales à la capitalisation jusqu'à l'âge terme des réserves constituées à la date de sortie par les contributions de l'employeur pour la garantie vie, y compris la participation bénéficiaire accordée et des réserves constituées à la date de sortie par les contributions du travailleur pour la garantie vie, y compris la participation bénéficiaire accordée.

8.2 GARANTIE DE RENDEMENT MINIMUM

8.2.1 Garantie de rendement minimum relative à la contribution de l'employeur

Au moment de la sortie, de la mise à la retraite ou lorsque les prestations sont dues conformément à la LPC ou en cas d'abrogation de l'engagement de pension, l'affilié a droit à la partie de la contribution de l'employeur qui n'a pas été consommée :

- pour la couverture du risque décès et invalidité avant la date à laquelle les prestations sont dues

et

- pour la couverture des frais limités à 5 % des versements, capitalisée au taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum.

Cependant, en cas de sortie, de mise à la retraite ou lorsque retraite les prestations sont dues conformément à la LPC ou en cas d'abrogation de l'engagement de pension dans les cinq ans qui suivent l'affiliation, la capitalisation au taux de référence maximum est remplacée par une indexation de cette contribution conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants, pour autant que le résultat de ce calcul ne soit pas supérieur au résultat qui découle du calcul visé au premier alinéa.

8.2.2 Garantie de rendement minimum relative à la contribution du travailleur

Au moment de la sortie, de la mise à la retraite ou lorsque les prestations sont dues conformément à la LPC ou en cas d'abrogation de l'engagement de pension, l'affilié a droit à la partie de la contribution du travailleur qui n'a pas été consommée pour la couverture du risque décès et invalidité avant la date à laquelle les prestations sont dues, capitalisée au taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum.

8.2.3 Méthode pour le calcul de la garantie de rendement minimum en cas de modification

du taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum

Les conditions particulières stipulent si la méthode horizontale ou verticale est applicable en cas de modification du taux d'intérêt de la garantie de rendement minimum.

A défaut ainsi que pour un engagement de pension instauré avant le 1er janvier 2016, la méthode horizontale est appliquée si l'engagement de pension est exécuté en totalité par un ou plusieurs organismes de pension qui garantissent jusqu'à lâge terme sur l'ensemble de l'engagement de pension un résultat bien déterminé en fonction des contributions versées.

L'application de la méthode horizontale ou verticale peut uniquement être modifiée en cas de modification apportée à l'exécution de l'engagement de pension ayant pour effet que l'organisme de pension désormais garantit ou ne garantit plus jusqu'à l'âge terme un résultat bien déterminé en fonction des contributions versées.

8.2.4 Déficits concernant la garantie de rendement minimum

En cas de déficit concernant la garantie de rendement minimum, ce déficit est apuré par l'organisateur au plus tard lorsqu'un des événements suivants se produit : le transfert des réserves acquises demandé par l'affilié dans le cadre de sa sortie, la mise à la retraite ou lorsque les prestations sont dues conformément à la LPC ou lors de l'abrogation de l'engagement de pension.

Le déficit éventuel est prélevé du fonds de financement. A défaut de moyens suffisants dans le fonds de financement, ainsi qu'en cas d'absence d'un fonds de financement, la compagnie réclame à l'organisateur une prime unique pour l'apurement du déficit.

9. SORTIE

9.1 SORTIE AUTRE QUE LA SORTIE "LIGHT"

9.1.1 Apurement des déficits et procédure

9.1.1.1 Principe et apurement des déficits

En cas de sortie, le paiement de la prime est arrêté, le contrat de contribution de l'employeur et le contrat de contribution du travailleur sont réduits, et il est mis fin aux garanties risque à la date de sortie, sans préjudice de l'article 4.4.5.7. Les dispositions du règlement d'assurance de groupe telles qu'en application à la date de sortie restent applicables aux contrats réduits jusqu'au moment de transfert des réserves demandé par l'affilié, conformément à l'article 9.1.2. En cas de décès de l'affilié avant la mise à la retraite, la prestation en cas de décès (les réserves acquises) est payée au(x) bénéficiaire(s) conformément à l'article 4.3.4.1, sauf en cas de transfert des réserves acquises demandé par l'affilié conformément à l'article 9.1.2.

En cas de sortie, l'organisateur est tenu d'apurer les déficits des réserves acquises, ainsi que les déficits par rapport à la garantie de rendement minimum. Cet apurement doit être exécuté au plus tard lorsqu'un des événements suivants se produit : le transfert des réserves acquises demandé par l'affilié dans le cadre de sa sortie, la mise à la retraite ou lorsque les prestations sont dues conformément à la LPC ou lors de l'abrogation de l'engagement de pension.

Le déficit éventuel est prélevé du fonds de financement. A défaut de moyens suffisants dans le fonds de financement, ainsi qu'en l'absence d'un fonds de financement, la compagnie réclame à l'organisateur une prime unique pour l'apurement du déficit.

9.1.1.2 Procédure

Au moment de la sortie, aucune indemnité ou perte de participations bénéficiaires ne peuvent être mises à charge de l'affilié, ni déduites des réserves acquises. Après la sortie d'un travailleur, l'organisateur en avise par écrit la compagnie au plus tard dans les trente jours.

Au plus tard dans les trente jours qui suivent cet avis, la compagnie communique les données suivantes à l'affilié :

- le montant des réserves acquises, majoré le cas échéant jusqu'aux montants garantis en vertu de la garantie de rendement minimum ;
- le montant des prestations acquises ; l• es différentes possibilités de choix dont l'affilié dispose concernant l'affectation de ses réserves acquises, avec la mention si la couverture décès est maintenue ou non. En cas de maintien d'une couverture décès, le montant et le type de couverture sont mentionnés.

Cette notification a lieu par écrit ou par courrier électronique.

L'affilié doit communiquer son choix conformément à l'article9.1.2.2.

Les garanties risque sont arrêtées le dernier jour du mois au cours duquel l'affilié sort, quel que soit son choix.

Dispositions particulières applicables en cas de régime de pension public

Lorsque l'employeur public a la qualité d'organisateur d'un régime de pension en faveur de travailleurs de différentes entités publiques ou personnes morales de droit public, les dispositions suivantes sont d'application en ce qui concerne la notification.

Au plus tard dans l'année, l'organisateur avise par écrit la compagnie de la sortie.

Sauf si, durant ce délai d'un an, l'affilié informe par écrit la compagnie qu'il reste affilié au même régime de pension, la compagnie communique les données suivantes à l'affilié au plus tard dans les trente jours qui suivent la notification de la sortie :

- le montant des réserves acquises, majoré le cas échéant aux montants garantis en vertu de la garantie de rendement minimum ;
- le montant des prestations acquises ;
- les différentes possibilités de choix dont l'affilié dispose concernant l'affectation de ses réserves acquises, avec la mention si la couverture décès est maintenue ou non. En cas de maintien d'une couverture décès, le montant et le type de couverture sont mentionnés.

Cette notification a lieu par écrit ou par courrier électronique.

Si, dans le délai précité d'un an, l'affilié informe lui-même par écrit la compagnie de sa sortie avant que l'organisateur en ait fait la notification, la compagnie communique les données précitées à l'affilié dans les trente jours qui suivent la notification de la sortie par l'affilié.

Cette notification a lieu par écrit ou par courrier électronique.

L'affilié doit communiquer son choix conformément à l'article 9.1.2.2.

Les garanties risque sont arrêtées le dernier jour du mois au cours duquel l'affilié sort, quel que soit son choix.

9.1.2 Possibilités de choix de l'affilié et délai pour le choix

9.1.2.1 Possibilités de choix de l'affilié

Lors de la sortie, l'affilié dispose d'une des possibilités de choix suivantes concernant l'affectation de ses réserves acquises, le cas échéant majorées aux montants garantis en vertu de la garantie de rendement minimum :

1° transfert à l'organisme de pension du nouvel employeur avec lequel l'affilié a conclu un contrat de travail, y compris l'organisme de pension du secteur auquel le nouvel employeur ressortit, s'il est affilié à l'engagement de pension de cet employeur ou de ce secteur.

   Les garanties risque sont arrêtées à la date de sortie, sans préjudice de l'article 4.4.5.7.

2° transfert à un organisme de pension qui répartit la totalité des bénéfices entre les affiliés proportionnellement à leurs réserves et limite les frais selon des règles déterminées par arrêté royal. Une liste de ces organismes de pension peut être consultée sur le site web de la FSMA (www.fsma.be).

   Les garanties risque sont arrêtées à la date de sortie, sans préjudice de l'article 4.4.5.7.

3° maintien auprès de la compagnie (sans autre paiement de prime) sans modification du régime de pension.

Dans ce cas, le contrat de contribution de l'employeur et le contrat de contribution du travailleur sont réduits, et il

est mis fin aux garanties risque à la date de sortie, sans préjudice de l'article 4.4.5.7. Les contrats réduits restent soumis aux dispositions du règlement d'assurance de groupe tel qu'applicable à la date de sortie. En cas de décès de l'affilié avant la mise à la retraite, la prestation en cas de décès (les réserves acquises) est payée au(x) bénéficiaire(s) conformément à l'article 4.3.4.1.

Les possibilités de choix précitées sont également d'application lorsque le montant des réserves acquises est inférieur ou égal à 150 euros. Ce montant de 150 euros est indexé conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison

à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs.

Le transfert à un autre organisme de pension est limité à la partie des réserves qui ne fait pas l'objet d'une avance, d'une mise en gage ou qui n'est pas été affectée dans le cadre de la reconstitution d'un crédit hypothécaire.

9.1.2.2 Délai pour le choix

L'affilié doit notifier son choix par écrit à la compagnie dans les trente jours qui suivent la communication qui lui a été faite des données mentionnées à l'article 9.1.1.2.

S'il laisse passer ce délai, il est réputé avoir opté pour le maintien auprès de la compagnie de ses réserves acquises, le cas échéant majorées aux montants garantis en vertu de la garantie de rendement minimum, sans modification du régime de pension.

Une fois le délai précité de trente jours écoulé, l'affilié peut cependant demander à tout moment le transfert à un organisme de pension visé à l'article 9.1.2.1, premier alinéa, 1° ou 2°.

Si l'affilié opte pour le transfert à un organisme de pension visé à l'article 9.1.2.1, premier alinéa, 1° ou 2°, la compagnie exécute ce transfert dans les trente jours après avoir été informée de la décision de l'affilié de transférer ses réserves. A la suite du transfert à cet organisme de pension, l'organisateur et la compagnie sont libérés envers l'affilié et le(s) bénéficiaire(s) de toute obligation dans le chef du régime de pension.

9.2 SORTIE "LIGHT"

9.2.1 Principe

En cas de sortie "light", le paiement de la prime est arrêté, le contrat de contribution de l'employeur et le contrat de contribution du travailleur sont réduits, et il est mis fin aux garanties risque le dernier jour du mois au cours duquel l'affilié sort, sans préjudice de l'article 4.4.5.7. Les contrats réduits restent soumis aux dispositions du règlement d'assurance de groupe tel qu'applicable à la date de sortie. En cas de décès de l'affilié avant la mise à la retraite, la prestation en cas de décès (les réserves acquises) est payée au(x) bénéficiaire(s) conformément à l'article 4.3.4.1.

L'application des articles 8.2, 9.1.1 et 9.1.2 est reportée jusqu'au moment de l'expiration du contrat de travail autrement que par le décès, la mise à la retraite ou lorsque la garantie en cas de vie est due.

Dispositions particulières applicables concernant des régimes de pension publics en cas de nomination à titre définitif

En cas de sortie "light" à la suite de la nomination à titre définitif de l'affilié, l'application des articles 8.2, 9.1.1 et 9.1.2 est reportée jusqu'à la fin de la nomination à titre définitif autrement que par le décès ou la mise à la retraite ou jusqu'à la date de transfert de l'affilié nommé à titre définitif vers un autre employeur public.

9.2.2 Procédure

L'organisateur informe par écrit la compagnie de la sortie "light" dans les trente jours qui suivent cette sortie.

La compagnie dispose ensuite de trente jours pour informer l'affilié par écrit :

- de la sortie "light" ;
- du maintien ou non de la couverture décès.

10. RÉSERVES TRANSFÉRÉES

L'affilié peut transférer à la compagnie les réserves acquises qu'il a constituées sur la base d'un emploi précédent auprès d'un employeur dans le cadre d'un engagement de pension tel que visé dans la LPC.

Le cas échéant, les réserves transférées constituées par des contributions de l'ancien employeur et/ou par des contributions du travailleur sont versées sur des comptes individuels distincts, différents des comptes visés à l'article 7.1.

11. FINANCEMENT IMMOBILIER

Des avances sur prestations, la mise en gage de droits de pension pour garantir un prêt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire sont uniquement possibles si les conditions particulières les prévoient. Elles ne peuvent être admises que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés dans un État membre de l'Espace économique européen et productifs de revenus imposables en Belgique ou dans un autre État membre de l'espace économique européen. En outre, ces avances et prêts doivent être remboursés dès que ces biens sortent du patrimoine de l'affilié.

L'avance, la mise en gage ou l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire convenues à partir du 1er janvier 2016 ne peuvent pas prévoir un terme inférieur à l'âge légal de la pension.

Si l'affilié recourt à la possibilité d'un financement immobilier, il assume l'entière responsabilité du respect des conditions précitées concernant la destination du financement et l'éventuel remboursement obligatoire. Les conséquences - sur le plan tant fiscal que non fiscal - du non-respect d'une ou plusieurs conditions sont à charge de l'affilié. Le nonrespect des conditions ne peut en aucun cas mener à une quelconque responsabilité dans le chef de la compagnie.

La mise en gage est établie au moyen d'un avenant signé par la compagnie, l'affilié et le créancier.

L'avance fait l'objet d'un acte d'avance stipulant le montant minimum et/ou le montant maximum et les conditions d'octroi de l'avance. En cas de rachat ou paiement ultérieur, l'encours de l'avance est déduit de la valeur de rachat ou du paiement. Si, pour quelque raison que ce soit, l'encours de l'avance s'avère tout de même plus élevé que le montant du rachat ou du paiement, l'affilié reste redevable à la compagnie du solde non apuré.

La compagnie peut refuser d'accéder à une demande de prélèvement d'une avance si le (les) contrat(s) est (sont) déjà grevé(s) d'une mise en gage et inversement.

12. POUVOIR DE DÉCISION -PARTICIPATION

12.1 POUVOIR DE DÉCISION

La décision d'instaurer, de modifier ou d'abroger le régime de pension relève de la compétence exclusive de l'organisateur, sans préjudice des dispositions du droit du travail et du droit civil.

Si le régime de pension prévoit, lors de l'instauration ou ultérieurement, une contribution personnelle du travailleur et que le régime de pension vaut pour tous les travailleurs de l'entreprise, la décision d'instaurer, de modifier ou d'abroger est prise :

- par une convention collective de travail, lorsqu'il existe, au sein de l'entreprise, un conseil d'entreprise, un comité de prévention et de protection au travail ou une délégation syndicale ;
- par le truchement d'une modification du règlement de travail dans les autres cas.

Sans préjudice de ce qui précède et de l'article 12.2, l'organisateur se réserve le droit de modifier, de réduire ou d'abroger le régime de pension dans les circonstances suivantes :

- en cas d'introduction de nouvelles dispositions légales, directives de l'organe de contrôle ou d'autres mesures, d'évolutions dans la jurisprudence passées en force de chose jugée et/ou de toute circonstance de fait qui entraîne(nt) directement ou indirectement une augmentation du coût de l'assurance de groupe pour l'organisateur ;
- si la législation relative à la sécurité sociale, à laquelle l'assurance de groupe constitue un complément, subit d'importantes modifications ;
- si le maintien de l'assurance de groupe (dans sa forme inchangée) est rendu très difficile, voire impossible par une réorganisation, une restructuration, une fusion, une reprise, une scission ou toute autre modification importante de la structure de l'organisateur ;
- si un régime de pension sectoriel, auquel l'organisateur participe, est introduit ou augmenté, ou si le secteur dont relève l'organisateur a pris des mesures relatives au statut unique ouvriers-employés en matière de la pension complémentaire à la suite desquelles le maintien de l'assurance de groupe (dans sa forme inchangée) devient très difficile voire impossible ;
- si, en raison d'évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien de l'assurance de groupe (dans sa forme inchangée) ne répondait plus, selon l'avis motivé de l'organisateur, à une gestion d'entreprise saine.

La modification du régime de pension ne peut en aucun cas entraîner une réduction des prestations et réserves acquises pour les années de service écoulées.

Toute modification du régime de pension qui donne lieu à une augmentation des obligations de l'affilié - soit l'introduction, soit l'augmentation d'une contribution du travailleur - dispense l'affilié qui en fait la demande de participer à la modification du régime de pension, sauf si celle-ci est instaurée par une convention collective de travail, un protocole d'accord dans le cas d'un employeur public, ou la procédure spéciale prévue dans la LPC pour l'instauration d'un régime de pension social dans une entreprise sans organes de concertation sociale (pas de conseil d'entreprise, pas de comité de prévention et de protection au travail ni de délégation syndicale). Vis-à-vis des affiliés qui ont refusé leur participation au régime de pension modifié, l'organisateur est tenu de poursuivre le régime de pension dans sa forme inchangée. Vis-à-vis de ces affiliés, l'organisateur est dispensé de toute obligation supplémentaire résultant de la modification du régime de pension.

Toute modification du règlement de pension doit être actée dans un avenant au règlement d'assurance de groupe et requiert par conséquent l'accord de la compagnie. L'organisateur remet l'avenant à l'affilié sur simple demande de ce dernier.

12.2 PARTICIPATION

Le comité d'entreprise ou, à défaut, le comité de prévention et de protection au travail ou, à défaut, la délégation syndicale rend un avis préalable sur les matières suivantes :

- le mode de financement du régime de pension et les modifications structurelles de ce financement ;
- la fixation des réserves et l'établissement annuel de la fiche de pension ;
- l'application, l'interprétation et la modification du règlement de pension ;
- le choix d'un organisme de pension et le transfert vers un autre organisme de pension, y compris le transfert éventuel des réserves ;
- la déclaration relative aux principes fondant la politique de placement.

Lorsque le régime de pension est limité à une partie des travailleurs de l'entreprise, la compétence visée à l'alinéa précédent est exercée par les membres du conseil, du comité de prévention et de protection au travail ou de la délégation syndicale qui représentent les travailleurs pour lesquels vaut le régime de pension, à condition qu'au moins 10 % de ces travailleurs en fassent la demande.

A défaut des organes de concertation sociale précités ou d'une demande d'au moins 10 % des travailleurs concernés, l'employeur doit périodiquement et individuellement informer les travailleurs pour lesquels vaut le régime de pension sur les matières visées au premier alinéa. Cette communication est toujours préalable à une décision éventuelle quant au fond.

Dans le cas d'un employeur public, il faut, pour l'application de cet article, entendre par 'conseil d'entreprise' 'le (les) comité(s) compétent(s) comme stipulé dans la LPC' et par 'avis préalable' 'le protocole de ce(s) comité(s)'.

13. FONDS DE FINANCEMENT

13.1 PRINCIPE

Si les conditions particulières le prévoient expressément, un fonds de financement est organisé dans le cadre de l'assurance de groupe.

Le fonds de financement contient les réserves qui ne sont pas relatives aux contrats individuels des affiliés. Il s'agit d'une réserve collective constituée auprès de la compagnie et gérée par celle-ci dans le cadre du contrat d'assurance de groupe.

Le fonds de financement constitue une valeur de rachat théorique.

13.2 Revenus du fonds de financement

Le fonds de financement est financé par :

- les prestations en cas de décès qui, sur la base de l'ordre de priorité des bénéficiaires du règlement de pension, reviennent au fonds de financement ;
- le taux d'intérêt technique et l'éventuelle participation bénéficiaire attribuée par l'organisme de pension au fonds de financement; le taux d'intérêt technique et l'éventuelle participation bénéficiaire attribuée aux comptes individuels ne peuvent revenir ni directement, ni indirectement (via une éventuelle réserve libre) au fonds de financement.

13.3 UTILISATION DU FONDS DE FINANCEMENT

Dans la mesure des moyens qui y sont disponibles, le fonds de financement peut servir à :

- apurer les éventuels déficits relatifs à la garantie de rendement minimum prévue dans la LPC et relatifs aux réserves acquises ;
- apurer les déficits relatifs à la rente qui résulte de l'exercice par l'affilié ou, en cas de décès, par son ayant droit du droit prévu dans la LPC de demander la transformation du capital en rente, lorsque cette rente n'atteint pas le niveau tel que

prévu dans l'arrêté d'exécution LPC ;

- payer, sur demande écrite de l'organisateur, les contributions de l'employeur pour autant que la réglementation; le taux d'intérêt technique et l'éventuelle participation bénéficiaire attribuée aux comptes individuels ne peuvent revenir ni directement, ni indirectement (via une éventuelle réserve libre) au fonds de financement.

13.4 MODALITÉS DE LIQUIDATION ET SORT DU FONDS DE FINANCEMENT

Si l'assurance de groupe est réduite à défaut d'un financement suffisant dans les six mois qui suivent l'avertissement de l'organisateur par l'organisme de pension concernant le sous-financement qu'il a constaté, les réserves du fonds de financement sont réparties entre les affiliés. Conformément à l'arrêté d'exécution Vie, la répartition de ces réserves est effectuée pour chaque affilié dans le rapport entre le montant de la différence entre sa réserve acquise totale, majorée, le cas échéant, à concurrence du montant de la garantie de rendement minimum prévue dans la LPC par rapport à la la contribution personnelle et la réserve de ses contrats individuels de contribution personnelle et de contribution de l'employeur, et la somme, pour tous les affiliés, de ces différences.

En cas d'abrogation définitive du régime de pension ou de disparition de l'organisateur, pour quelque raison que ce soit et sans que ses obligations ne soient reprises par un tiers, les actifs du fonds de financement, qui ne sont plus nécessaires pour gérer l'engagement de pension, sont attribués aux affiliés proportionnellement à leurs réserves acquises, majorées le cas échéant à concurrence du montant de la garantie de rendement minimum, tel que prévu dans la LPC et aux rentiers, proportionnellement au capital constitutif de la rente en cours.

Par dérogation à l'alinéa précité, ces actifs peuvent être affectés en tout ou en partie à une autre destination sociale par convention collective de travail.

S'il s'agit d'un régime de pension qui a été instauré par un employeur au niveau de l'entreprise et qu'il n'existe pas au sein de l'entreprise ni de conseil d'entreprise, ni de comité de prévention et de protection au travail ni de délégation syndicale, ces actifs peuvent être affectés à une autre destination sociale par la procédure de modification du règlement de travail.

Si le règlement d'assurance de groupe est souscrit par plusieurs organisateurs, la répartition du fonds de financement lorsqu'un des organisateurs quitte le groupe ainsi constitué est stipulée dans les conditions particulières.

14. CHANGEMENT D'ORGANISME DE PENSION ET TRANSFERT DES RÉSERVES

Sans préjudice de l'article 12, l'organisateur peut décider de s'adresser à un autre organisme de pension pour le financement du régime de pension et/ou transférer les réserves à cet organisme de pension. L'organisateur informe préalablement la FSMA du changement d'organisme de pension et du transfert éventuel des réserves. L'organisateur informe en outre les affiliés de tout changement d'organisme de pension et du transfert éventuel des réserves.

En cas de transfert des réserves à un autre organisme de pension, l'indemnité de rachat suivante est due par l'organisateur à la compagnie.

Si le montant de la valeur de rachat théorique à transférer est inférieur ou égal à 1.250.0000 EUR, l'indemnité de rachat équivaut à la somme de :

- 5 % de la valeur de rachat théorique ;
- 5 % de la valeur de rachat théorique du fonds de financement.

Si le montant de la valeur de rachat théorique à transférer est supérieur à 1.250.000 EUR, la compagnie se réserve le droit de demander une indemnité de rachat qui déroge de l'indemnité précitée et/ou de différer le transfert des réserves pendant maximum 12 mois.

Le montant de 1.250.000 EUR est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

Aucune indemnité ou perte de participation bénéficiaire ne peuvent être mises à charge de l'affilié, ni déduites des réserves acquises au moment du transfert.

Le transfert des réserves est seulement exécuté après le paiement de l'indemnité de rachat. Le transfert concerne tant les réserves des affiliés en service de l'organisateur que les réserves des affiliés qui, dans le cadre de leur sortie, ont maintenu leurs réserves auprès de la compagnie. Le transfert est cependant limité à la partie des réserves qui ne fait pas l'objet d'un financement immobilier ou d'une saisie entre les mains de la compagnie.

Suite au transfert des réserves, la compagnie est libérée de toute obligation envers l'organisateur, les affiliés et leurs éventuels bénéficiaires, excepté toutefois en ce qui concerne les réserves qui n'ont pas été transférées en application de l'alinéa précédent.

15. DISPARITION DE L'ORGANISATEUR – ABROGATION DU RÉGIME DE PENSION

En cas de disparition de l'organisateur sans que ses obligations soient reprises par un tiers, ainsi en cas de l'abrogation du régime de pension, le paiement des primes cesse.

Conformément à l'article 7.2, la garantie en cas de vie est réduite, et il est mis fin aux garanties risque. Chaque affilié est informé du non-paiement de la prime au plus tard dans les trois mois qui suivent l'échéance de la prime.

L'organisme de pension procède au calcul des droits des affiliés conformément à l'article 8.

Le sort du fonds de financement est déterminé conformément à l'article 13.4.

En cas de disparition de l'organisateur sans que ses obligations soient reprises par un tiers, les dispositions de l'article 9.1. sont en outre d'application.

16. AUTRES DISPOSITIONS

16.1 OBLIGATION DE DÉCLARATION

Lors de la conclusion du règlement d'assurance de groupe, ainsi qu'en cas d'augmentation de la (des) garantie(s) risque pendant la durée de la convention, l'organisateur est tenu de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque. La compagnie peut exiger toutes les informations qu'elle estime nécessaires, à l'exception des données génétiques. Déclaration inexacte de l'âge

Si l'âge de l'affilié est inexactement déclaré, les primes de risque et/ou les prestations sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel qui aurait dû être pris en considération. Omission ou inexactitude intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration sont intentionnelles, la convention est nulle. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues. Omission ou inexactitude non intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans le mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Dans ce même délai, la compagnie peut résilier le contrat, si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque. Si le preneur d'assurance refuse la proposition de modification ou s'il ne l'accepte pas au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la proposition, la compagnie peut résilier le contrat par lettre recommandée dans les quinze jours.

La possibilité pour la compagnie de proposer une modification ou de résilier le contrat peut être faite au cours de la première année suivant la conclusion du contrat. Pour la garantie risque en cas de décès par accident et la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail, cette possibilité existe pendant toute la durée.

16.2 TERRORISME

Le décès de l'assuré à la suite d'une activité de terrorisme est couvert, selon les modalités et dans les limites prévues par la loi du 3 mai 2024 et ses arrêtés d'exécution relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. À cet effet, nous sommes membres de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances, membres de cette ASBL, est limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme pendant l'année civile en question.

Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

Les dispositions du régime d'indemnisation ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

16.3 ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Les garanties en cas de vie et de décès, à l'exception de la garantie risque en cas de décès par accident, constituent l'assurance principale.

La garantie risque en cas de décès par accident et la (les) garantie(s) risque en cas d'incapacité de travail constituent une assurance complémentaire.

Cela implique entre autres que :

- le preneur d'assurance peut mettre fin, à tout moment et indépendamment du sort de l'assurance principale, au paiement de la prime de l'assurance complémentaire ;
- les conditions générales de l'assurance principale s'appliquent à l'assurance complémentaire sauf disposition légale ou contractuelle contraire ;
- la résiliation ou le rachat de l'assurance principale entraîne de plein droit la résiliation de l'assurance complémentaire ;
- l'arrêt du paiement de la prime pour l'assurance principale entraîne de plein droit l'arrêt du paiement de la prime pour l'assurance complémentaire.

L'assurance complémentaire n'a pas de valeur de rachat, ni de valeur de réduction.

16.4 REMISE EN VIGUEUR

En cas de rachat de l'assurance de groupe, l'organisateur peut remettre le contrat en vigueur dans les 3 mois qui suivent la date du rachat complet. La remise en vigueur du contrat se fait par le remboursement de la valeur du rachat complet, sans frais.

La remise en vigueur doit être demandée par l'organisateur au moyen d'une lettre datée et signée.

16.5 FRAIS

Des frais sont dus sur chaque prime versée et sont retenus immédiatement sur la prime. Aucuns frais ne sont imputés sur les réserves acquises qui sont transférées à la compagnie à la demande d'un affilié dans le cadre de sa sortie d'un engagement de pension pour travailleurs salariés auprès d'un ancien employeur.

La compagnie prélève des frais de gestion sur les réserves.

La compagnie impute des frais sur le capital décès dans le cadre des garanties risque en cas de décès. Pour les garanties risque en cas d'incapacité de travail, des frais sont imputés qui sont compris dans la prime. Ces frais s'élèvent pour :

- la garantie risque exonération de prime : un pourcentage de la prime pour l'assurance de groupe
- la garantie risque rente en cas d'incapacité de travail : un pourcentage de la rente à assurer, en tenant compte des dispositions dans les conditions particulières.

Les frais précités sont mentionnés plus en détail dans le rapport annuel sur la gestion de l'engagement de pension visé à l'article 2.4.1. Ce rapport est mis à la disposition de l'organisateur, qui le communique aux affiliés sur simple demande.

En cas de transfert des réserves à un autre organisme de pension, l'indemnité mentionnée à l'article 14 est due.

La compagnie se réserve le droit de réclamer des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, des affiliés ou du (des) bénéficiaire(s). Ces frais sont appliqués de manière raisonnable et justifiée par la compagnie.

Font notamment partie de ces frais supplémentaires visés à l'alinéa précédent, l'exécution d'études spéciales concernant le régime de pension (par ex. études dans le cadre de calculs IAS ou IFRS, études ALM, ...), la réalisation de simulations relatives à l'impact sur le régime de pension d'une interruption de carrière, d'un crédit-temps, etc., l'établissement de fiches de pension spécifiques dérogeant à la fiche de pension standard de la compagnie, ainsi que la fourniture de fiches de pension supplémentaires, l'envoi direct par la poste des fiches de pension aux affiliés à la demande explicite de l'organisateur, l'établissement d'une version coordonnée du règlement de pension, les présentations (au personnel) à un autre moment qu'au lancement du régime de pension, la traduction des

documents dans une langue autre que celle stipulée par la législation, la remise de divers aperçus à la demande de l'organisateur (ou son mandataire) dans le cadre d'études ou évaluations, des activités supplémentaires dans le chef de la compagnie causées par le fait que l'organisateur a transmis des données tardives, erronées ou dans un fichier inapproprié, …

Les frais supplémentaires sont imputés à l'organisateur sur la base du tarif horaire en vigueur et compte tenu des frais administratifs (par ex. frais d'envoi par la poste). Les frais supplémentaires sont préalablement communiqués à l'organisateur.

Les frais causés du seul fait de l'affilié sont cependant à charge de ce dernier. Ces frais comprennent notamment les frais de calculs demandés dans le cadre de la fin du mariage ou de la cohabitation légale de l'affilié. Les frais supplémentaires sont imputés sur la base du tarif horaire en vigueur et compte tenu des frais administratifs (par ex. frais d'envoi par la poste). Les frais supplémentaires sont préalablement communiqués à l'affilié.

16.6 Perte de la garantie risque rente en cas d'incapacité de travail : poursuite individuelle – préfinancement de la poursuite individuelle

16.6.1 Poursuite individuelle

Tout affilié à l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle qui perd l'avantage de cette assurance a le droit de poursuivre, en tout ou en partie, celle-ci à titre individuel sans devoir subir d'examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

A cette fin, l'affilié doit, durant les deux années précédant la perte, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs conclus auprès d'une entreprise d'assurances.

Le droit à la poursuite individuelle n'existe cependant pas si l'affilié perd l'avantage de l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle en raison de l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration, du non-paiement de la prime, de la nullité de l'assurance parce que, lors de sa conclusion, le risque était déjà réalisé ou inexistant et, de manière générale, en cas de fraude.

Au plus tard trente jours après la perte de l'avantage de l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, l'organisateur informe l'affilié concernant les éléments suivants, par écrit ou par voie électronique :

- la date précise de la perte de l'avantage ;
- la possibilité de poursuite individuelle ;
- le délai dans lequel le droit à la poursuite individuelle peut être exercé, y compris la prolongation possible de ce délai comme stipulé dans l'alinéa suivant ;
- les coordonnées de la compagnie.

A partir de la réception de ces renseignements, l'affilié dispose de trente jours pour informer la compagnie, par écrit ou par voie électronique, de son intention de poursuivre l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, en tout ou en partie, individuellement. L'affilié a le droit de prolonger ce délai de trente jours à condition d'en avertir la compagnie par écrit ou par voie électronique. L'organisateur informe également l'affilié de son droit de prolonger le délai. En tout cas, le délai de demande de poursuite individuelle expire cent et cinq jours après la perte de l'avantage de l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle.

16.6.2 Préfinancement de la poursuite individuelle

L'affilié a la possibilité de payer individuellement des primes complémentaires de telle sorte que la prime de l'assurance incapacité de travail poursuivie à titre individuel soit calculée en tenant compte de l'âge au moment où l'affilié a commencé à payer les primes complémentaires et pour autant que les primes complémentaires aient été payées sans interruption chaque année.

L'organisateur informe l'affilié de cette possibilité de préfinancement de la poursuite individuelle dès son affiliation. Cette poursuite individuelle et son préfinancement ne peuvent se faire qu'auprès d'un organisme d'assurances qui propose un produit à cette fin.

16.7 LÉGISLATION APPLICABLE ET RÉGIME FISCAL

16.7.1 Législation applicable

L'assurance de groupe est régie par la réglementation belge en matière d'assurances vie et de pensions complémentaires. Elle est soumise en particulier à la LPC et aux arrêtés d'exécution, à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à l'arrêté d'exécution Vie.

16.7.2 Régime fiscal

L'assurance de groupe est soumise à la taxe annuelle sur les opérations d'assurance, calculée sur la prime versée.

Les contributions de l'employeur et, le cas échéant, les contributions du travailleur peuvent bénéficier d'un avantage fiscal, dans la mesure où les dispositions légales et réglementaires sont respectées.

L'une des conditions prévues dans ces dispositions concerne le respect de la règle des 80 % selon laquelle les prestations légales et extralégales en cas de retraite, exprimées en rentes annuelles, ne peuvent pas dépasser 80 % de la dernière rémunération brute annuelle normale et doivent tenir compte d'une durée normale de l'activité professionnelle (40 ans).

Cette rente est indexable à 2 % et réversible au conjoint survivant ou au partenaire cohabitant légal à raison de 80 %.

Si les garanties risque en cas d'incapacité de travail sont prévues dans les conditions particulières, l'assurance de groupe relative à ces garanties risque a pour objet d'indemniser une perte de revenus du travail.

Le cas échéant, l'assurance de groupe est un engagement collectif tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4° tiret du Code des impôts sur les revenus 1992, qui prévoit un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident du travail ou d'un accident ou bien d'une maladie professionnelle ou d'une maladie. Les contributions de l'employeur sont déductibles dans la mesure où les prestations légales et complémentaires en cas d'incapacité de travail, exprimées en rentes annuelles, ne dépassent pas la rémunération brute annuelle normale.

Les prestations complémentaires en cas d'incapacité de travail comprennent notamment les prestations en cas d'incapacité de travail constituées au moyen des contributions de l'employeur et les prestations attribuées par l'employeur en exécution d'une obligation contractuelle.

Le paiement des prestations est soumis à l'impôt et aux cotisations sociales à charge soit de l'assuré, soit du (des) bénéficiaire(s) selon le cas.

L'imposition des prestations dépend entre autres du moment de leur paiement et également du fait qu'elles sont payées sous forme de rente ou non.

Tout impôt, droit, cotisation ou taxe, existant ou futur, applicable à la convention ou dû à l'occasion de son exécution est à charge du preneur d'assurance, de l'assuré ou du (des) bénéficiaire(s) selon le cas.

En matière de fiscalité et de droits de succession (ou d'impôt successoral), les dispositions légales et réglementaires belges sont applicables.

Conformément au Code des droits de succession et au Code flamand de la fiscalité, les montants dus au(x) bénéficiaire(s) par la compagnie sont transmis à titre d'information à l'administration fiscale en vue de la levée éventuelle des droits de succession.

Le traitement fiscal dépend de la situation individuelle du bénéficiaire et peut, dans le futur, être sujet à des modifications.

Les informations susmentionnées sont fournies à titre strictement indicatif, sous réserve d'éventuelles modifications et/ou d'interprétation de la réglementation/ législation fiscale.

16.8 CORRESPONDANCE ET PREUVE

Pour être valable, toute demande ou notification à la compagnie doit être adressée par écrit ou par voie électronique. Toute notification et courrier entre les parties se font valablement à leur dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont communiquées mutuellement. L'envoi d'une lettre recommandée est démontré par la présentation du récipissé de la poste.

L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance sont prouvés par la présentation de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de la compagnie.

16.9 PROTECTION DE VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Belins SA (connue sous la marque et le nom commercial « DVV»), et, le cas échéant, votre intermédiaire d'assurance, traitent vos données à caractère personnel à différentes finalités, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps que pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Vos données à caractère personnel relatives aux finalités précitées peuvent également être communiquées aux sociétés liées à Belins SA et à des prestataires de services spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur SC. Vous avez le droit de consulter vos données à caractère personnel dont nous disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. Vous pouvez aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à vous-même. En outre, vous pouvez demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel vous avez donné votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base du consentement donné avant son retrait.

Droit d'opposition

Vous avez le droit de vous opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la vie privée de DVV. Cette charte est disponible auprès de votre intermédiaire d'assurances et peut également être consultée sur *www.dvv.be/chartevieprivee*.

16.10 PLAINTES - JURIDICTION

En cas de problèmes, vous pouvez adresser votre plainte en première instance à votre agence, à votre chargé de relation ou au service Gestion des Plaintes, place Charles Rogier, 11 à 1210 Bruxelles, ou envoyer un e-mail à *plaintes@dvv.be*. Si vous ne trouvez pas la solution auprès de l'un des contacts susmentionnés, vous pouvez vous adresser à l'"Ombudsman des Assurances", Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, ou envoyer un e-mail à *info@ombudsman-insurance.be*. Vous trouverez toutes les informations concernant cette instance sous le lien suivant : *www.ombudsman-insurance.be*.

En suivant cette procédure, vous préservez votre droit, le cas échéant, de porter le litige devant des tribunaux belges compétents.

16.11 SOLVABILITÉ ET POSITION FINANCIÈRE DE LA COMPAGNIE

Les rapports sur la solvabilité et la situation financière (Solvency & Financial Condition Report) sont disponibles sur le site web de DVV – *dvv.be/rapport-fr*

16.12 RESPONSABILITÉ DES AUXILIAIRES

Les dispositions légales relatives à la responsabilité extracontractuelle (Livre 6 du Code civil) ne s'appliquent pas dans la relation contractuelle entre l'assureur et le client/ preneur d'assurance/ assuré. La réparation des dommages causés par l'inexécution d'une obligation contractuelle est exclusivement régie, dans les limites autorisées par la loi, par les règles du droit du contrat d'assurance, même lorsque le fait générateur du dommage constitue également un acte illégal.

La réparation des dommages causés par l'inexécution d'une obligation contractuelle par l'intervention d'un auxiliaire de l'assureur ne constitue, dans les limites autorisées par la loi, qu'un motif d'action en responsabilité contre l'assureur et non un motif d'action en responsabilité extracontractuelle contre un auxiliaire de l'assureur.

L'auxiliaire vise : une personne physique ou morale qui est chargée par l'assureur Belfius Assurances ou qui intervient dans tout ou une partie de l'exécution d'une obligation contractuelle de Belfius Assurances vis à vis du client/preneur d'assurance / assuré, que cette personne soit directement désignée ou engagée par Belfius Assurances, ou par l'intermédiaire d'une société contrôlée directement ou indirectement par elle. Cela inclut notamment les employés, les administrateurs (exécutifs ou non exécutifs), les agents liés et les prestataires de services indépendants, ainsi que leurs employés, gérants ou administrateurs, agents et prestataires de services indépendants.