



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

Elitis Life Protect +

CONDITIONS GÉNÉRALES 114538- ELITISLIFEPROTECT+-
20241200

Décembre 2024



CONDITIONS GENERALES DE L'ASSURANCE PRINCIPALE

Article 1 : Références

Ces conditions générales portent la référence 114538-ELITISLIFEPROTECT+-20241200.

Article 2 : Définitions

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

- **L'assurance "temporaire décès à capital constant"** : une assurance qui assure un capital décès constant pendant une durée déterminée.
- **L'assurance "temporaire décès à capital décroissant" (assurance de solde restant dû)** : une assurance qui assure un capital décès décroissant pendant une durée déterminée qui correspond généralement à la durée du crédit hypothécaire.
- **La Compagnie** : Vitis Life S.A. - Belgian Branch, dont les bureaux sont situés B-1831 Diegem, Jan Emiel Mommaertslaan, 20B et immatriculée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro 0686.903.619, succursale de la société anonyme Vitis Life S.A., ayant son siège social à L-1311 Luxembourg, boulevard Marcel Cahen, 52, immatriculée au registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous la section B, numéro 49.922 et agréée en qualité de société d'assurance-vie par le Commissariat aux Assurances.
- **La société** : APRIL Belgium SA, Drève Richelle 161 I, boîte 69 – 1410 Waterloo, souscripteur mandaté enregistré sous le n° FSMA 0627678387, mandaté pour conclure et gérer au nom et pour compte de la Compagnie le présent contrat. www.april-belgium.be
- **Preneur d'assurance** : la personne physique ou morale qui conclut le contrat avec la société pour compte et au nom de la compagnie et qui assume le paiement des primes.
- **Assuré** : la personne physique sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.
- **Bénéficiaire** : la personne ou les personnes en faveur desquelles sont stipulées les prestations d'assurance
- **Prime** : le montant payable par le preneur d'assurance en contrepartie des engagements de la compagnie.
- **Rachat du contrat** : l'opération par laquelle le preneur d'assurance résilie le contrat avec paiement de la valeur de rachat par la société pour compte de la compagnie.
- **Réduction du contrat** : la continuation du contrat pour la valeur de réduction.
- **Conversion du contrat** : la continuation du contrat pour la valeur de conversion.
- **Valeur de rachat théorique** : les versements de primes que le preneur d'assurance effectue, après déduction des frais et de l'éventuelle taxe, sont consacrés à la couverture du risque de décès. Le solde disponible après prélèvement du coût de ce risque, bonifié d'intérêts, forme une réserve que l'on appelle la valeur de rachat théorique.
- **Valeur de rachat** : elle correspond à 95 % de la valeur de rachat théorique. Ce taux s'accroît de 1 % par année au cours des 5 dernières années, de manière à atteindre 100 % à la fin de la dernière année d'assurance.
- **Valeur de conversion** : prestations en cas de décès qui peuvent être assurées, avec le maintien du terme du contrat, par l'utilisation de la valeur de rachat théorique considérée comme prime unique d'inventaire, dans la combinaison d'assurance initiale.
- **Valeur de réduction** : maintien des prestations assurées en cas de décès avec adaptation du terme du contrat, par la consommation correspondante de la valeur de rachat théorique jusqu'à épuisement de celle-ci.

Article 3 : Objet de l'assurance

L'objet de l'assurance est de garantir, en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat fixé aux conditions particulières, le paiement au bénéficiaire de la prestation "décès" fixée aux conditions particulières. Si l'assuré est en vie au terme du contrat fixé aux conditions particulières, celui-ci cesse ses effets et les primes versées restent acquises à la compagnie pour le coût du risque couvert.

Article 4 : Obligation de déclaration

Le contrat est établi sur base des déclarations exactes et sincères du preneur d'assurance et de l'assuré concernant toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme constituant pour la société des éléments d'appréciation du risque. Dans ce cadre, le contrat est notamment établi sur base de documents et d'informations médicales fournis sincèrement et sans réticence par le preneur d'assurance et l'assuré en vue d'éclairer la société sur les risques à couvrir. Lorsqu'une omission ou inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la société en erreur sur l'appréciation du

risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la société a eu connaissance de l'omission ou l'inexactitude lui sont dues. Cette dernière renonce cependant, dès la prise d'effet du contrat, à invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré. En cas d'inexactitude sur l'âge de l'assuré, les prestations de chacune des parties sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel de l'assuré qui aurait dû être pris en considération.

Article 5 : Date de prise d'effet du contrat - Résiliation

Le contrat prend effet à la date indiquée de commun accord aux conditions particulières, mais pas avant :

- le paiement de la première prime ;
- la réception par la société de l'ensemble des documents requis, dûment complétés et signés et ne comportant aucune rature ou rajout manuscrit.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter de la prise d'effet du contrat. Dans ce cas, la société rembourse la prime payée déduction faite des primes consommées pour la couverture du risque.

Si le contrat est souscrit en garantie d'un crédit, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter du moment où il prend connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé. Dans ce cas, la société rembourse la prime payée, déduction faite des primes consommées pour la couverture du risque.

Article 6 : Paiement des primes

Les primes sont payables par anticipation aux échéances mentionnées aux conditions particulières. Le paiement de ces primes étant facultatif, le sort de la garantie souscrite en cas de non-paiement est précisé à l'article 8. Les primes sont payables par le preneur d'assurance sur présentation des avis d'échéance émis par la société. En outre, la société se réserve le droit de réclamer au preneur d'assurance les frais liés à l'envoi d'un courrier recommandé occasionné par le fait du preneur d'assurance ou de l'assuré.

Article 7 : Cessation de paiement des primes ou rachat du contrat à la demande du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance peut à tout moment, au moyen d'un écrit daté, signé et adressé à la société :

- signifier sa volonté de ne plus payer ses primes. La société procédera dans ce cas à la conversion de son contrat, sauf si le preneur d'assurance a expressément demandé que son contrat soit mis en réduction ;
- demander le rachat de son contrat.

La conversion ou la réduction du contrat prend effet à l'échéance qui suit la demande ou à celle de la première prime ou fraction de prime impayée. La conversion, la réduction ou le rachat à la demande du preneur d'assurance seront subordonnés à l'accord préalable du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s). La date prise en compte pour le calcul de la valeur de rachat est celle de l'écrit daté et signé par le preneur d'assurance. Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de règlement délivrée par la société est signée pour accord par le preneur d'assurance.

Cependant, la conversion, la réduction et le rachat ne s'appliquent pas aux contrats d'assurances temporaires décès à capital constant ou décroissant dont les primes sont payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat.

Article 8 : Défaut de paiement des primes

Le non-paiement d'une prime a pour conséquence la conversion du contrat ou sa résiliation, si la valeur de rachat théorique est négative ou nulle à la date de l'échéance de la première prime ou fraction de prime impayée.

La conversion ou la résiliation visées dans cet article ne sortent leurs effets qu'après expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi d'une lettre recommandée prévenant le preneur d'assurance et le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s) des conséquences du non-paiement.

La conversion et le rachat ne s'appliquent pas aux contrats d'assurances temporaires décès à capital constant ou décroissant dont les primes sont payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat. Ces contrats sont résiliés 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée.

Article 9 : Remise en vigueur

Un contrat converti, réduit ou racheté peut être remis en vigueur par le preneur d'assurance pour les montants assurés au jour précédant la date de la conversion, de la réduction ou du rachat. La remise en vigueur peut s'effectuer dans un délai de 3 mois à dater du rachat et de 3 ans à dater de la conversion ou de la réduction. Pour un contrat converti ou réduit, la remise en vigueur s'effectue par l'adaptation de la prime compte tenu de la valeur de rachat théorique constituée au moment de la remise en

vigueur du contrat. Pour un contrat racheté, la remise en vigueur s'effectue par le remboursement de la valeur de rachat par le preneur d'assurance. Toute remise en vigueur peut être soumise à de nouvelles formalités médicales.

Article 10 : Désignation du bénéficiaire

Le preneur d'assurance désigne librement le bénéficiaire. Il peut révoquer ou modifier cette désignation à tout moment par écrit à la société, sauf si le bénéficiaire a accepté expressément le bénéfice du contrat dans un avenant signé par lui-même, le preneur d'assurance et la société. Après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation du bénéfice prendra effet dès que le bénéficiaire l'aura notifiée par écrit à la société.

Article 11 : Paiement des prestations assurées en cas de décès de l'assuré

Les prestations dues par la compagnie sont payées par la société au bénéficiaire après signature de la quittance de règlement et remise des documents suivants :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- le certificat médical, de préférence sur un formulaire délivré par la société, complété par un médecin indiquant la cause originelle du décès ;
- la déclaration de décès, de préférence sur un formulaire délivré par la société, complétée par le bénéficiaire ;
- le procès-verbal en cas de décès par accident ;
- une copie de la carte d'identité du bénéficiaire ;
- un certificat ou un acte d'hérédité établissant les droits du bénéficiaire lorsqu'il n'a pas été nominativement désigné dans le contrat.

La société peut exiger la légalisation des signatures revêtant la quittance de règlement. Est libératoire le paiement fait par la société dans l'ignorance d'un testament ou de toute autre disposition par laquelle le preneur d'assurance a attribué ou cédé le bénéfice du contrat. La société peut compenser avec les prestations exigibles le montant des primes échues non payées et des taxes et frais éventuels.

Article 12 : Paiement des prestations assurées en cas de rachat

Les prestations dues par la compagnie sont payées par la société au preneur d'assurance après signature de la quittance de règlement et remise des documents suivants :

- un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'assuré ;
- un certificat de vie de l'assuré.

Article 13 : Risques exclus

Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré est couvert s'il se produit après la première année suivant la date d'effet du contrat ou de remise en vigueur du contrat. En cas d'augmentation des prestations assurées au cours de l'année qui a précédé le suicide, cette augmentation n'est pas couverte.

Fait intentionnel

Le décès de l'assuré provoqué par le fait intentionnel ou à l'instigation :

- du preneur d'assurance (s'il est différent de l'assuré) n'est pas couvert ;
- d'un bénéficiaire n'est pas couvert au profit de ce bénéficiaire. Les prestations assurées seront payées entre les autres bénéficiaires.

Le décès de l'assuré, lorsque ce décès trouve sa cause immédiate et directe dans un crime ou un délit commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur et dont il pouvait prévoir les conséquences n'est pas couvert.

Guerre

1) N'est pas couvert le décès survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire. Est également exclu le décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités. Ces risques peuvent toutefois être couverts par une convention particulière moyennant l'accord de la (des) autorité(s) de contrôle compétente(s).

2) Lorsque le décès de l'assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilités il convient de distinguer deux cas :

a) si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, le preneur d'assurance obtient la couverture du risque de guerre pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;

b) si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, le preneur d'assurance ne peut obtenir la couverture du risque de guerre que moyennant l'acceptation expresse par la société, le paiement d'une surprime, la mention expresse dans les conditions particulières et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités.

Émeutes

Le risque de décès résultant directement ou indirectement d'une guerre civile, d'émeutes ou d'actes de violence collective, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, est couvert pour autant que l'assuré ne prenne aucune part active et volontaire à ces événements, à moins qu'il ne se trouve dans un cas de légitime défense, ou qu'il n'y ait participé, en Belgique ou dans les pays limitrophes, qu'à titre de membre des forces chargées par l'autorité du maintien de l'ordre.

Transmutation de noyaux ou de la radioactivité

Le décès de l'assuré résultant d'effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux ou de la radioactivité n'est pas couvert. Est néanmoins couvert le décès causé par des sources de rayonnements ionisants utilisées ou destinées à être utilisées pour un traitement médical.

Navigation aérienne

N'est pas couvert, le décès de l'assuré à la suite d'un accident à bord :

- d'un prototype d'appareil de navigation aérienne, d'un Ultra Léger Motorisé (U.L.M.) ou d'un deltaplane ;
- d'un appareil de navigation aérienne utilisé à l'occasion de concours, expositions, épreuves de vitesse, raids, vols d'essais, records ou tentatives de records ou au cours d'entraînements en vue de la participation à l'une de ces activités.

Sauf convention particulière contraire, n'est également pas couvert :

- le décès de l'assuré à la suite d'un accident pendant l'usage d'appareils de navigation aérienne :
 - sauf en tant que pilote ou passager à bord de tous avions et hélicoptères autorisés pour le transport de personnes et d'appareils militaires de transport ;
 - sauf en tant que pilote amateur ou passager à bord d'un avion à moteur ou d'un planeur dans un but touristique. Le pilote doit être autorisé à effectuer le vol et l'appareil doit être muni d'un certificat de navigabilité ;
- le décès de l'assuré à la suite de sauts en parachute (à l'exception des cas de force majeure).

Sport en tant que professionnel

Sauf convention particulière contraire, n'est pas couvert le décès survenant lors de la pratique professionnelle d'un sport.

Article 14 : Montant à liquider en cas de décès non couvert

Dans les cas d'exclusions prévues à l'article 13, la société, pour le compte de la compagnie, paie la valeur de rachat théorique calculée au jour du décès.

Article 15 : Avance sur contrat et participations bénéficiaires

Ce contrat ne permet pas l'attribution d'une avance sur contrat. Les prestations assurées de ce contrat n'octroient pas de participations bénéficiaires.

Article 16 : Modification du contrat

La société ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat, sous réserve de l'article 26 concernant les tables de mortalité. Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation du contrat par l'établissement d'un avenant ; toutefois, l'augmentation des risques assurés est soumise aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation, notamment au point de vue de l'acceptation du risque. Si la modification demandée a pour effet de diminuer les prestations assurées stipulées au profit du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s), le preneur d'assurance doit fournir l'accord écrit de celui-ci (ceux-ci).

Article 17 : Aspects fiscaux

Avantages fiscaux

C'est la législation fiscale du pays de résidence du preneur d'assurance qui détermine l'octroi éventuel d'avantages fiscaux pour les primes. Dans certains cas, cet octroi est déterminé par la législation du pays dans lequel le preneur acquiert des revenus imposables.

Charges

Tous impôts, charges, contributions, présents ou futurs, applicables au contrat ou aux sommes dues par le preneur d'assurance ou la société sont à la charge du preneur ou à celle du bénéficiaire.

En ce qui concerne les charges fiscales et/ou sociales qui grèvent éventuellement les primes, c'est la législation du pays de résidence du preneur d'assurance qui est applicable.

Les impôts et autres charges éventuelles applicables aux prestations sont déterminés par la loi du pays de résidence du bénéficiaire et/ou par la loi du pays de la source des revenus.

Pour ce qui concerne les droits de succession, la législation fiscale du pays de résidence du défunt et/ou la loi du pays de résidence du bénéficiaire sont applicables.

Article 18 : Changement de domicile

Le preneur d'assurance qui change de domicile est tenu d'en aviser la société aussitôt. Tant que cette obligation n'aura pas été respectée, la société aura le droit de considérer la dernière adresse que le preneur d'assurance a communiquée comme domicile élu. Si la société demande des renseignements au sujet du domicile ou de la résidence réelle du preneur d'assurance, il est également tenu de les fournir à la société.

Article 19 : Plaintes

Toute plainte éventuelle relative au contrat d'assurance peut être adressée par courrier à APRIL Belgium SA, Drève Richelle 161 I, boîte 69 – 1410 Waterloo ou par e-mail à support.be@april.com. La plainte devra contenir le numéro du contrat d'assurance, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne qui introduit la plainte. La société s'engage à examiner chaque plainte et à y répondre dans un délai d'un mois à compter de l'accusé de réception de la plainte. Si une réponse définitive n'est pas possible dans ce délai, la personne concernée sera informée des raisons du retard ainsi que du nouveau délai de réponse. Si le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire ne trouve pas la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, ou envoyer un e-mail à : info@ombudsman-insurance.be. Ils ont également le droit d'adresser ces plaintes au Commissariat aux Assurances (l'autorité de contrôle des assurances pour le Grand-duché de Luxembourg) à l'adresse de correspondance suivante : 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg ou à l'Association des Compagnies d'Assurance et de réassurance du Grand-duché du Luxembourg (ACA), 12 rue Érasme, L-1468 Luxembourg. Cette procédure n'exclut pas la possibilité d'intenter une action en justice.

Article 20 : Droit et juridiction applicables

Le contrat est régi par la loi belge et notamment par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et ses arrêtés royaux d'exécution, ainsi que par tout autre réglementation en vigueur ou à venir.

Tout litige auquel ce contrat pourrait donner lieu est de la compétence exclusive des tribunaux belges.

Article 21 : Emploi des langues

La communication s'effectue en français ou en néerlandais, suivant la langue utilisée dans les conditions particulières pour la conclusion du contrat. Un changement de langue est possible sur simple demande du preneur d'assurance.

Article 22 : Correspondance

Pour être valables, les communications et notifications :

- qui sont destinées au preneur d'assurance, doivent être envoyées par la société à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.
- qui sont destinées à la société ou à la compagnie doivent être envoyées à l'adresse de la société.

Article 23 : Traitement des données à caractère personnel

1. Responsable du traitement des données

APRIL Belgium SA.

2. Traitement des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par la société peuvent être traitées par la société et la compagnie pour les finalités suivantes :

Traitements réalisés en vertu d'une obligation légale

Les traitements des données relatives aux personnes physiques qui sont en relation avec la société ou la compagnie, en vue d'établir et d'actualiser les bases de données et en particulier les données d'identification des personnes concernées.

Les traitements effectués en vue de la gestion du contrat d'assurance ou ultérieurement ; de rédiger, adapter et mettre fin au contrat d'assurance ; de procéder au recouvrement des primes impayées ; de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance. Les traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Traitements réalisés en vertu des intérêts légitimes de la société et de la compagnie

Les traitements effectués en vue d'assurer le service à la clientèle.

Les traitements effectués en vue de la gestion de la collaboration entre la société, la compagnie et les intermédiaires d'assurances.

Les traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter contre la fraude à l'assurance.

Les traitements effectués dans le cadre de la surveillance du portefeuille en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer l'équilibre technique et financier des portefeuilles d'assurances.

Les traitements effectués par la société, la compagnie ou par un tiers en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que l'amélioration des processus de gestion, l'acceptation des risques et la tarification.

3.

Les traitements définis ci-dessus peuvent être réalisés de manière automatisée ou non.

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour la réalisation des finalités décrites ci-avant, la personne concernée donne son consentement en vue de la communication des données à caractère personnel à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec la société et la compagnie.

La personne concernée est informée de ce que la société ou la compagnie peuvent également être amenées à communiquer les données à caractère personnel aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé conformément à la législation applicable.

4.

La société ou la compagnie peuvent traiter les données à caractère personnel de la personne concernée, communiquées par cette dernière ou reçues légitimement de tiers, à des fins de marketing direct, promotion et autres sur leurs produits et services. La société et la compagnie peuvent communiquer ces données à des entreprises en relation avec la société et la compagnie aux fins de leur propre marketing direct ou à des fins d'opérations communes de marketing direct, promotion et autres sur leurs produits et services.

Ces traitements ne peuvent être réalisés que moyennant accord explicite de la personne concernée.

5.

La personne concernée autorise la société et la compagnie à communiquer les données relatives au contrat, y compris les données à caractère personnel, à des entreprises et/ou à des personnes intervenant en qualité de sous-traitants ou de prestataires de service à leur bénéfice et au bénéfice des entreprises en relation avec la société et la compagnie.

Ces traitements sont réalisés d'une part en vertu du consentement de la personne concernée moyennant la signature de la proposition d'assurance, et d'autre part pour répondre aux intérêts légitimes de la société et de la compagnie dans le cadre de l'exercice de leurs activités.

6.

Les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres et pendant le délai légal de conservation ou de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

Les données à caractère personnel relatives à des offres qui n'ont pas donné lieu à un contrat sont conservées pendant 1 an après l'émission de l'offre.

7.

En cas de transfert de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, la société et la compagnie se conforment aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

8.

La personne concernée a le droit d'obtenir la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ; de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes ; de faire effacer ses données à caractère personnel lorsque c'est légalement possible ; de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel lorsque c'est possible ; de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes de la société et de la compagnie ; de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ; de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative (toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part de la société et de la compagnie, d'exprimer son point de vue et de contester la décision) ; de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible ; de transmettre ses données à caractère personnel à un autre responsable du traitement ; de retirer son consentement à tout moment lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui-ci.

La personne concernée peut contacter la société pour exercer ses droits par courrier postal daté et signé, accompagné d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressé à : APRIL Belgium SA, Drève Richelle 161 I, boîte 69 – 1410 Waterloo. Les demandes seront traitées gratuitement et dans les délais prévus par la loi.

9.

Le délégué à la protection des données de la société peut être contacté aux adresses suivantes :

- par courrier postal : Drève Richelle 161 I, boîte 69 – 1410 Waterloo
- par courrier électronique : privacy.be@april.com

Si la personne concernée estime que la société ne respecte pas la réglementation, elle peut introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35

commission@privacycommission.be

La personne concernée peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

Article 24 : Secret professionnel

1.

La compagnie et la société sont tenues au respect du secret professionnel. À ce titre, elles traitent les données personnelles de manière strictement confidentielle. Elles prennent toutes les mesures possibles pour garantir le respect du secret professionnel. Elles ne peuvent cependant pas être déclarées responsables des conséquences de la divulgation des données sous secret professionnel par des tiers ou des employés, sauf en cas de faute lourde ou de dol de leur part.

2.

La compagnie a délégué la conclusion et la gestion du contrat à la société, ce que le preneur d'assurance accepte expressément par la signature de la proposition d'assurance. A cette fin, toutes les données relatives au contrat, y compris les données à caractère personnel, peuvent être transmises entre la compagnie et la société. Dans ce cadre, l'obligation au secret n'existe pas.

3.

Afin d'autoriser la compagnie à satisfaire à ses obligations fiscales contractuelles, le preneur d'assurance habilite cette dernière et son mandataire, la société, de manière irrévocable et par la signature de la proposition d'assurance, à communiquer les données contractuelles et personnelles du preneur d'assurance, de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute autre partie au contrat aux autorités fiscales compétentes et, en cas de décès, au notaire chargé de la succession.

Il s'agit plus précisément de toute déclaration ou communication de données que la compagnie ou la société doit exécuter au titre de la législation fiscale, au moment de la souscription, pendant la durée du contrat et au moment de sa résiliation. La compagnie est entre autres tenue de déclarer aux autorités fiscales compétentes le décès de l'assuré ou le décès du preneur d'assurance, indépendamment de tout versement effectif de prestations d'assurance.

4.

Afin de permettre à la société de verser les prestations d'assurance pour compte de la compagnie au bénéficiaire et d'éviter des contrats d'assurance-vie dormants, le preneur d'assurance mandate par la signature de la proposition d'assurance et de manière irrévocable, la compagnie et son mandataire, la société, à tout mettre en œuvre afin d'identifier le bénéficiaire désigné, afin de vérifier que l'assuré/le bénéficiaire est encore en vie, à consulter le Registre national des personnes physiques et le cas échéant, en cas de décès de l'assuré, si le bénéficiaire ne s'est pas manifesté dans les délais imposés par la loi, de verser les prestations d'assurance à la Caisse des dépôts et consignations. Dans les limites imposées par la loi, la compagnie peut déduire des prestations d'assurance les frais éventuels engendrés par les recherches.

5.

Par la signature de la proposition d'assurance, le preneur d'assurance accepte la transmission, par la société, de données liées au contrat à l'intermédiaire en assurance lié à son contrat, à l'exception des données médicales.

Article 25 : Protection du consommateur

Dans le but de protéger les intérêts du client, la société a intégré sur son site internet des informations concernant ses politiques de rémunération et d'identification, de gestion et de contrôle des conflits d'intérêts pouvant survenir au sein de la société et/ou entre la société et les tiers. Le preneur d'assurance peut trouver plus d'informations concernant ces politiques sur son site internet.

La compagnie a également élaboré une politique interne visant à détecter, prévenir et gérer les éventuels conflits d'intérêts pouvant porter préjudice aux intérêts des preneurs d'assurance. Elle veille au respect des dispositions légales et réglementaires en la matière et applique des normes internes strictes. Les mesures applicables sont adaptées à la nature du service presté et ont trait, entre autres, aux principes d'une information claire à propos des conflits d'intérêts éventuels, la prévention d'abus d'influence et l'application stricte des dispositions légales et réglementaires. Le preneur d'assurance peut, sur simple demande, obtenir de plus amples informations à propos de la politique en matière de conflits d'intérêts, soit sur son site internet.

Article 26 : Spécifications du tarif

Les tarifs utilisés pour le calcul des primes de risque sont ceux que la Compagnie a déposés auprès du Commissariat Aux Assurances (CAA), autorité de contrôle du secteur de l'assurance luxembourgeoise.

Les tables de mortalité qui forment la base du tarif (élément constitutif de la prime) de la garantie décès sont garanties pour la durée du contrat.

La Compagnie se réserve toutefois le droit d'adapter collectivement les tables de mortalité et en conséquence le tarif de la garantie décès. Cette adaptation ne pourra se faire que si la réglementation ou l'autorité de contrôle compétente l'impose ou en cas de force majeure.

En cas d'adaptation collective, le preneur d'assurance sera averti par écrit dans le cas où cette adaptation entraînerait une augmentation de la prime ou une diminution des garanties assurées. Le preneur d'assurance disposera alors de 30 jours pour résilier ou racheter le contrat conformément aux présentes conditions générales. Sans réaction de la part du preneur d'assurance endéans les 30 jours de la réception de l'écrit, la Compagnie considérera l'adaptation tarifaire comme étant acceptée.

CONDITIONS GENERALES DE L'ASSURANCE ACCESSOIRE DU RISQUE CANCER

Les conditions générales de l'assurance principale du produit ELITIS LIFE PROTECT+ sont applicables à l'assurance accessoire du risque Cancer dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

Article 1 : Références

Ces conditions générales portent la référence 114538-ELITISLIFEPROTECT+-20241200.

Article 2 : Définitions

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

- **Cancer** : une tumeur dont les cellules ont la caractéristique de se multiplier de façon anarchique, d'envahir les tissus avoisinants et de s'installer à distance. Le terme cancer reprend également la leucémie, le lymphome et le sarcome.
- Cependant, les formes de tumeurs définies à l'article 8 sont exclues de la garantie.
- **Date du sinistre** : Date du rapport anatomopathologique ayant permis de diagnostiquer de façon définitive le cancer, tel que défini ci-dessus.
- **Sinistre** : cancer, tel que défini ci-dessus, pour lequel un rapport anatomopathologique a permis un diagnostic définitif.
- **Stage** : Période prenant cours à la prise d'effet du contrat, pendant laquelle un sinistre ne donne droit à aucune prestation dans le cadre de ce contrat.

Article 3 : Objet de l'assurance accessoire

L'objet de l'assurance accessoire du risque Cancer est de garantir, en cas de diagnostic d'un cancer de l'assuré tel que défini ci-avant, le paiement à l'assuré d'un capital unique et forfaitaire dont le montant est déterminé comme décrit à l'article 6.

Article 4 : Prise d'effet et terme de l'assurance accessoire

L'assurance accessoire prend effet à la date mentionnée dans les conditions particulières, mais au plus tôt le jour où la première prime correspondante est payée.

La couverture débute alors par un stage de 90 jours pendant lesquels un cancer ne donne droit à aucune prestation dans le cadre de ce contrat.

L'assurance accessoire prend fin après que la société ait versé pour le compte de la compagnie l'indemnité faisant son objet. En conséquence, la société ne réclamera plus au preneur d'assurance de prime prévue dans les conditions particulières pour la présente assurance accessoire après avoir indemnisé l'assuré pour un cancer survenu en cours de contrat. Le terme de la présente assurance accessoire prévu dans les conditions particulières sera donc avancé dans ce cas.

L'assurance accessoire prend également fin :

- à la date de terme fixée aux conditions particulières ;
- au décès de l'assuré
- en cas de conversion ou de réduction de l'assurance principale
- lorsque l'assurance principale prend fin pour quelle que cause que ce soit. Les primes payées pour l'assurance accessoire ne modifient en rien les valeurs de rachat et de réduction de la police principale ;
- lorsque le preneur d'assurance met fin au paiement des primes de l'assurance accessoire, ce qu'il a le droit de faire à tout moment indépendamment de la situation réservée à l'assurance principale.

Article 5 : Omission ou inexactitude dans les déclarations

Contrairement à l'assurance principale, l'assurance accessoire n'est pas incontestable. Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise en cours de cette assurance, d'une augmentation des garanties ou d'une remise en vigueur, la société n'invoquera pas de sanctions du chef d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou celles de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à un cancer dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la prise en cours de cette assurance, de cette augmentation des garanties ou d'une remise en vigueur, et que ce cancer n'a pas été diagnostiqué avant l'expiration de ce même délai de deux ans.

Dans tous les autres cas d'omission ou inexactitude - intentionnelle ou non - dans les déclarations du preneur d'assurance ou celles de l'assuré, la société appliquera les sanctions prévues par la législation applicable en cette matière. Société est signée pour accord par le preneur d'assurance.

Article 6 : Prestation assurée

La société paie pour compte de la compagnie, à l'assuré, le capital défini dans les conditions particulières du contrat. Ce capital est égal à 30 % du capital décès garanti dans le cadre de l'assurance principale.

Le versement de ce montant diminue le capital décès de l'assurance principale.

En conséquence, si l'assuré décède ultérieurement, avant le terme du présent contrat, le capital décès qui sera versé dans le cadre de l'assurance principale, sera égal au capital décès de l'assurance principale moins le montant versé dans la présente assurance accessoire.

Le capital de la présente assurance accessoire n'est pas dû dans les circonstances énumérées à l'article 8.

Article 7 : Paiement des prestations assurées

Tout cancer diagnostiqué doit être déclaré à la société, de préférence sur un formulaire émanant de celle-ci, dans le délai d'un mois à dater de la survenance du sinistre.

Toutefois, la société ne se prévaudra pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire ou si la déclaration tardive n'a pas d'impact sur l'appréciation du sinistre et que la société ne subit de ce fait aucun préjudice. Dans le cas contraire, la société a le droit de prétendre à une réduction de la prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi ou à refuser d'intervenir si la déclaration tardive a été faite dans une intention frauduleuse.

A cette déclaration doit être joint un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'assuré, ainsi qu'un certificat du ou des médecins traitants de l'assuré, rédigé de préférence sur un formulaire délivré par la société, spécifiant la date du diagnostic, le type de cancer diagnostiqué et accompagné du rapport anatomopathologique. L'assuré recevra les délégués de la société et fournira sans retard tous les renseignements que la société jugera nécessaire à la connaissance du sinistre. Tous certificats et rapports médicaux sont remis au médecin-conseil de la compagnie.

Article 8 : Cancers non couverts

Les cancers suivants sont exclus :

a) les cancers classés histologiquement comme l'un des suivants :

- non-invasive
- cancer in situ
- tumeurs pré-malignes tels que thrombocytémie et polycythémie rubra vera

b) cancer de la prostate, sauf si celui-ci a au moins progressé à la catégorie T2N0M0 de la classification TNM ou a un score Gleason supérieur à 6

c) les tumeurs bénignes

d) les tumeurs non malignes du cerveau

e) les syndromes myélodysplasiques

f) les maladies myéoprolifératives, à l'exclusion de la leucémie

g) tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases

Article 9 : Etendue territoriale

Les garanties de la présente assurance accessoire sont acquises dans le monde entier.

Toutefois, les garanties ne sont acquises que moyennant accord de la société lorsque l'assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de six mois par an à l'étranger.

Article 10 : Contestation – Expertise

En cas de contestations d'ordre médical, une expertise médicale à l'amiable est organisée. A cet effet, chaque partie désigne un médecin expert de son choix. A défaut d'accord entre eux, ils désignent un troisième médecin expert, dont l'avis sera déterminant.

Si l'une des parties ne désigne pas de médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas quant au choix du troisième médecin expert, celui-ci sera désigné à la demande de la partie la plus diligente par le tribunal de première instance du lieu du domicile du preneur d'assurance.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son propre médecin expert.

Les honoraires et les frais réclamés par le troisième médecin expert, y compris les frais de sa désignation, de même que les frais et les honoraires des spécialistes éventuellement consultés à la demande des médecins experts, sont partagés par moitié entre les deux parties.

Article 11 : Modifications du tarif et des conditions

Conformément à la législation applicable si le tarif de l'assurance accessoire du risque Cancer donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, l'autorité de contrôle compétente peut exiger que la compagnie adapte les primes et/ou les conditions de l'assurance accessoire du risque Cancer pour l'ensemble du groupe de contrats dans lequel cette assurance est reprise.

En cas d'adaptation, le preneur d'assurance sera averti par écrit. Le preneur d'assurance a alors 30 jours pour résilier l'assurance accessoire du risque Cancer. A défaut de réaction dans ce délai, la société considérera que le preneur d'assurance accepte cette adaptation.