

SOMMAIRE

Conditions Générales – Funeral Care

PARTIE I – ASSURANCE DECES	2
Définitions	2
Article 1 – Objet et garanties du contrat d'assurance	3
Article 2 – Principe de base du contrat d'assurance	3
Article 3 – Prise d'effet et renonciation du contrat d'assurance	4
Article 4 – Primes et non-paiement des primes	4
Article 5 – Fonctionnement de la couverture décès	4
A. Général	4
B. Territorialité	4
C. Risques exclus	5
Article 6 – Taxes et frais.....	5
Article 7 – Augmentation de capital.....	5
Article 8 – Réduction et rachat	6
A. Réduction	6
B. Rachat.....	6
Article 9 – Remise en vigueur	6
Article 10 – Avance et nantissement.....	6
Article 11 – Preneur d'assurance subsidiaire.....	6
Article 12 – Désignation de bénéficiaires	7
Article 13 – Participation aux bénéfices	7
Article 14 – Paiement du capital décès	7
Article 15 – Fiscalité	7
Article 16 – Protection du client.....	7
A. Protection des données personnelles	7
B. Conflits d'intérêts.....	8
C. Critères de segmentation	8
D. Plaintes et litiges	8
E. Juridiction – droit applicable	8
Article 17 – Dispositions administratives.....	8
A. Gestion.....	8
B. Résidence – correspondance	8
C. Informations complémentaires Contact.....	9

PARTIE I – ASSURANCE DECES

Définitions

A. Preneur d'assurance

La personne physique majeure ou la société qui conclut le contrat avec l'entreprise d'assurance et qui paie les primes.

B. Assuré

La personne physique majeure sur la tête de laquelle l'assurance est souscrite et qui réside habituellement en Belgique. Le terme "assuré" ne peut indiquer qu'une seule personne physique.

C. Enfant de l'assuré

Est considéré comme enfant non-émancipé de l'assuré, un fœtus dès la 24^{ième} semaine de la grossesse et un enfant âgé de moins de 18 ans. Est considéré ici comme "Enfant" l'enfant parenté à l'assuré, comme décrit dans le Code Civil, ou l'enfant pour lequel l'assuré est tuteur comme décrit dans le Code Civil.

D. Bénéficiaire

La personne physique ou entreprise de pompes funèbres, déterminée dans la police d'assurance, en faveur de laquelle sont stipulées les prestations assurées.

E. Entreprise de pompes funèbres bénéficiaire

L'entreprise de pompes funèbres peut être désignée dans la police d'assurance en tant que bénéficiaire, à concurrence du montant des factures relatives aux funérailles de l'assuré et ceci à condition que le montant des factures ne dépasse pas le capital assuré. Le solde éventuel des factures ainsi que le capital décès assuré restant, sera attribué aux bénéficiaires subsidiaires, dans leur ordre de désignation.

F. Entreprise d'assurance

PrismaLife AG
Industriering 40
9491 Ruggell Liechtenstein
N° de registre public : FL-0002.027.093 – 3

Direction Générale : Holger Beitz (CEO)
Volker Schulz (CFO)

PrismaLife AG, Ruggell, Liechtenstein, opérant sous le nom de PrismaLife AG, est autorisée par l'Autorité de surveillance des marchés financiers (FMA) au Liechtenstein et est autorisée sur le territoire belge à opérer en Libre Prestation de Services.

G. Accident

Un événement soudain et accidentel, par lequel l'assuré est sérieusement blessé physiquement et qui entraîne essentiellement son décès ou une invalidité permanente et dont la cause ou une des causes n'est pas liée à son organisme.

H. Transfert

Les droits du preneur d'assurance sont transférés automatiquement à une autre personne conformément aux conditions décrites en Article 11.

I. Prime

La compensation demandée par l'entreprise d'assurance comme contrepartie pour l'assurance des prestations choisies.

J. Rachat

L'opération par laquelle le preneur d'assurance résilie le contrat.

K. Valeur de rachat théorique

L'épargne des primes capitalisées auprès de l'entreprise d'assurance au moment du rachat, diminuée des commissions d'acquisition non-amorties et des montants utilisés pour la couverture du risque de décès. La valeur de rachat théorique est diminuée d'éventuelles pénalités de rachat.

L. Acte de terrorisme

Une action ou une menace d'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 et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

M. Période annuelle

Elle prend cours à la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance et se renouvelle ensuite à chaque anniversaire du contrat d'assurance.

N. Capital décès assuré

Le capital assuré dont le montant est stipulé dans la police d'assurance et que l'entreprise d'assurance paie uniquement en cas de décès de l'assuré ou de l'enfant de l'assuré (lors d'une couverture d'enfant), pour autant que toutes les conditions prévues dans le contrat d'assurance soient satisfaites.

O. Période d'attente

Une période d'attente d'au maximum 24 mois pour l'assuré, ou pour l'enfant d'un assuré (lors d'une couverture d'enfant), qui est stipulée en faveur de l'entreprise d'assurance.

Cette période d'attente est supprimée lorsque l'âge de l'assuré à la date d'effet du contrat est de moins de 60 ans et que le questionnaire médical

rempli au moment de la souscription est satisfaisant.

Cette période d'attente est mentionnée dans la police d'assurance et stipule que pendant cette période, les prestations assurées ne sont acquises que si l'assuré décède accidentellement.

Pour toutes autres causes de décès de l'assuré durant les 12 premiers mois du contrat d'assurance (pour une période d'attente de 24 mois) ou durant les 6 premiers mois (pour une période d'attente de 6 mois), seules les primes versées au net des frais d'acquisition non-amortis et des frais de € 50 seront remboursées. Pour une période d'attente de 24 mois et en cas de décès non accidentel après le 12ème mois, 50% de la somme assurée sera versée.

A partir du 7ème mois (pour une période d'attente de 6 mois) ou à partir du 25ème mois (pour une période d'attente de 24 mois), la totalité du capital assuré sera versé, quel que soit la cause du décès.

En cas de décès non-accidentel d'un enfant d'assuré durant les 12 premiers mois du contrat d'assurance (pour une période d'attente de 24 mois) ou durant les 6 premiers mois (pour une période d'attente de 6 mois), aucun capital ne sera versé. En cas de décès non-accidentel d'un enfant assuré après le 12ème mois du contrat d'assurance (pour une période d'attente de 24 mois), ou après le 6ème mois (pour une période d'attente de 6 mois) le capital versé sera limité à 50% de la somme assurée.

La période d'attente est décomptée à partir de la date d'effet du contrat. Celle-ci ne prend fin qu'au moment où toutes les primes dues pendant la période ont été réglées : dans le cas contraire, celle-ci s'allongera jusqu'au moment où toutes les primes dues pour la période auront été versées.

Article 1 – Objet et garanties du contrat d'assurance

Garantie Principale couverture décès

Le contrat d'assurance garantit le capital décès assuré au bénéficiaire dans un délai raisonnable après le décès de l'assuré, quelle que soit la date de son décès, sous réserve de la période d'attente.

Le versement du capital assuré met fin au contrat d'assurance.

Les montants assurés sont définis aux Conditions Particulières du contrat.

Garantie supplémentaire couverture d'enfants

Si un enfant de l'assuré décède, l'entreprise d'assurance versera aux bénéficiaires un capital décès, dans la mesure où le risque n'est pas exclu par l'article 5c. Si un enfant de l'assuré décède, l'entreprise d'assurance versera aux bénéficiaires un capital limité aux paiements des factures directement liées aux funérailles, et ceci au maximum jusqu'au capital décès le plus bas des assurés adultes dans le contrat concerné. Dans le cas où un enfant est assuré dans plusieurs assurances auprès de l'entreprise d'assurance, la prestation financière sera limitée au capital décès assuré le moins élevé de ces assurances.

L'enfant de l'assuré sera assuré pour autant qu'au moment du décès, il soit stipulé nominativement dans la police d'assurance.

Dès que l'enfant aura atteint l'âge de 18 ans et 3 mois, il ne fera plus objet de la couverture d'enfant de l'assuré mais il pourra souscrire un contrat d'assurance en son propre nom.

Lors du décès de l'assuré ou lors d'une réduction ou rachat du contrat, la couverture d'enfant prend fin, sauf si l'enfant peut être assuré comme enfant d'un assuré par le biais d'une autre assurance décès (pas réduite) auprès de l'entreprise d'assurance.

Dans le cadre d'un contrat payé par des primes périodiques, la couverture d'enfants aura effet pour autant que les primes soient payées et pour autant que l'enfant satisfasse aux conditions susmentionnées.

Option Indexation du capital assuré

Le preneur d'assurance a la possibilité au moment de la souscription du contrat, d'opter pour l'indexation annuelle de la somme assurée à hauteur de 2%. Si cette option est choisie au moment de la souscription les primes prévues par le tarif seront indexées de 3% annuellement.

Article 2 – Principe de base du contrat d'assurance

Cadre juridique

Les statuts de l'entreprise d'assurance, ainsi que la législation belge concernant les assurances vie s'appliquent à ce contrat d'assurance.

Principes techniques du tarif

Un tarif fixe détermine le coût d'une assurance. Les principes techniques de ce tarif sont :

- > Les lois de mortalité ;
- > Un taux d'intérêt technique
- > Les frais de gestion, d'acquisition et d'encaissement
- > Les coûts du capital à engager par la compagnie d'assurance et sa marge de profit.

Le tarif fixe est garanti.

Article 3 – Prise d'effet et renonciation du contrat d'assurance

Prise d'effet

Le contrat d'assurance prend effet à la date où l'entreprise d'assurance reçoit la première prime, pour autant que :

- > Le montant de la première prime satisfasse aux conditions stipulées dans l'article 4 ;
- > L'entreprise d'assurance dispose de tous les pièces nécessaires afin de pouvoir établir le contrat d'assurance ;
- > Le risque décès a été accepté par l'entreprise d'assurance.

Dès sa prise d'effet, le contrat d'assurance est incontestable.

Renonciation

Renonciation par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance a le droit de renoncer au contrat d'assurance dans un délai de 30 jours après la prise d'effet dudit contrat.

Si le contrat a été conclu par le biais d'une vente à distance comme stipulée dans l'article VI.45 de la Code de Droit Economique, nous vous notifierons de la prise d'effet de votre souscription et vous aurez le droit de renoncer à votre contrat dans les 30 jours suivant cette notification.

Dans les deux cas susmentionnés, l'entreprise d'assurance remboursera les primes payées, après diminution de la partie utilisée pour la couverture du risque de décès, les impôts éventuels et des frais de € 50.

La renonciation au contrat d'assurance doit d'effectuer par courrier recommandé, signé par le preneur d'assurance et adressé à l'entreprise d'assurance.

Article 4 – Primes et non-paiement des primes

Prime

Le montant et la nature de la prime, sa périodicité, sa durée et façon de paiement sont stipulés dans la police d'assurance.

Si la première échéance de la prime périodique ou la prime unique n'est pas payée, le contrat d'assurance ne prendra pas effet.

Non-paiement de la prime

Dans le cas où l'entreprise d'assurance ne devait pas recevoir la prime (ou une partie de la prime) à l'échéance prévue, l'entreprise d'assurance rappellera le preneur d'assurance à payer par le biais d'une lettre recommandée. Cette lettre mentionnera l'échéance et les conséquences du non-paiement.

Si la prime (ou une partie de la prime) n'est pas payée dans les 30 jours suivant l'envoi de ce rappel, le contrat d'assurance sera réduit ou annulé conformément aux modalités de l'Article 8.

Si le preneur d'assurance informe l'entreprise d'assurance par le biais d'une lettre recommandée datée et signée de sa part qu'il cesse les paiements de primes, l'entreprise d'assurance n'enverra pas de rappel mais avertira le preneur d'assurance par lettre recommandée des conséquences du non-paiement. La réduction ou annulation, conformément aux modalités décrites à l'article 8, prendra effet 30 jours après la date d'envoi de la lettre recommandée.

Article 5 – Fonctionnement de la couverture décès

A. Général

Les modalités de la couverture décès sont stipulés dans la police d'assurance.

Lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance et l'assuré s'engagent à communiquer précisément toutes les circonstances qui leur sont connues, et qui peuvent raisonnablement influencer l'évaluation du risque par l'entreprise d'assurance. Le contrat d'assurance est établi de bonne foi sur la base des informations fournies par le preneur d'assurance et l'assuré au moment de la souscription.

En cas d'omission volontaire et/ou de communication volontairement erronée ou floue vis-à-vis de l'entreprise d'assurance afin qu'elle puisse évaluer correctement le risque, le contrat d'assurance sera considéré comme nul et non avenue. Les primes payées jusqu'à la date à laquelle l'entreprise d'assurance a pris connaissance de l'omission volontaire ou de la communication volontairement erronée des données, seront acquises par l'entreprise d'assurance.

Dans le cadre d'une erreur par rapport à la date de naissance de l'assuré, les prestations seront adaptées à la date de naissance correcte.

B. Territorialité

L'entreprise d'assurance couvre le décès de l'assuré et de(s) (l') enfant(s) de l'assuré dans le monde entier.

C. Risques exclus

Les risques suivants ne seront jamais couverts :

1. La suicide de l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré pour autant que celui-ci ait lieu pendant la première année de la prise d'effet de l'assurance, pendant la première année de la remise en vigueur du contrat ou pendant la première année après l'augmentation du capital assuré. Dans les deux derniers cas, l'exclusion ne portera que sur le capital assuré qui fait l'objet de la remise en vigueur ou de l'augmentation ;
2. Le décès de l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré causé délibérément par ou sur incitation du preneur d'assurance (si cette personne n'est pas la même que l'assuré) ou le bénéficiaire, sauf dans le cadre de l'euthanasie conformément aux modalités légales dans cette matière;
3. Le décès de l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré suite à une condamnation judiciaire ou qui est causé directement par un acte qui égale ou qui pourrait être classifié comme un crime, un délit intentionnel dont l'assuré est l'auteur et dont il pouvait prévoir les conséquences ;
4. Le décès de l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré à cause de tumultes, désordres civils, toutes sortes d'actes de violence collectifs inspirés par des raisons politiques, idéologiques et sociaux, accompagnés ou non de révoltes contre quelconque pouvoir établi, sauf si l'assuré n'y a pas assisté de manière active et volontaire ;
5. Le décès de l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré à cause de l'exposition directe ou indirecte à du rayonnement ionisant (sauf rayonnement médical), matières fissiles ou matériel- et déchet radioactif.
6. Le décès de l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré suite à des événements de guerre, c.à.d. un événement causé directement ou indirectement par une action offensive ou défensive d'une force belligérante ou quelconque événement de caractère militaire.

Si l'assuré décède ou de l'un des enfants de l'assuré pendant son séjour à l'étranger où des hostilités se déroulent, une distinction entre deux cas doit se faire :

- a) Si un conflit armé commence pendant le séjour de l'assuré, le risque est couvert pour autant que l'assuré ne participe pas de manière active aux hostilités ;
- b) Si l'assuré voyage vers un pays où un conflit armé existe, le risque ne sera pas couvert.

Le point b) est aussi d'application pour des assurés ou de l'un des enfants de l'assuré qui font partie des missions de l'Armée Belge.

Quand l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré décède suite à un risque exclu, l'entreprise d'assurance ne payera le capital assuré qu'à concurrence de la valeur de rachat théorique à la date du décès. La couverture d'enfants n'a pas de valeur de rachat et n'aura donc pas d'application lors d'un décès à cause d'un risque exclu.

Quand l'assuré ou de l'un des enfants de l'assuré décède suite à une incitation ou suite à un acte délibéré d'un ou de plusieurs bénéficiaires, ceci ou ceux-ci seront exclus de tous leurs droits sur le capital assuré ou la valeur de rachat théorique. Cette exclusion n'a toutefois pas pour effet d'augmenter la part du bénéficiaire dans la prestation assurée, qui est étranger à cette circonstance.

Le cas échéant, la partie du bénéficiaire exclu sera payé à la succession de l'assuré.

Article 6 – Taxes et frais

Tous les taxes, impôts et contributions actuels et futurs, qui seraient dus suite à la conclusion ou l'exécution du présent contrat d'assurance seront à la charge du preneur d'assurance ou, le cas échéant, des ayants droits ou des bénéficiaires.

Si la prime est payée par domiciliation, aucun frais supplémentaire ne sera dû dans le cadre de l'encaissement des primes. Ceci est aussi le cas lors d'un paiement de prime annuel, mensuel, semestriel ou par prime unique.

L'entreprise d'assurance n'a le droit de faire payer les frais spécifiques non mentionnés dans les conditions générales que suite à une notification au préalable au(x) demandeur(s).

L'entreprise d'assurance prélève en sus de la prime de tarif la taxe sur la prime d'assurance calculée à hauteur de 2% (si le preneur d'assurance est une entreprise, elle s'élève à 4,4 %), qu'elle reversera selon les dispositions en vigueur aux autorités fiscales belges.

Article 7 – Augmentation de capital

Le preneur d'assurance a le droit d'augmenter le capital assuré pendant la durée de l'assurance, et ceci par tranche de 1.000 EUR et jusqu'au capital décès maximal de 15.000 EUR par contrat d'assurance. Si le preneur d'assurance désire augmenter le capital assuré, celui-ci doit demander un accord de l'entreprise d'assurance par écrit. Le cas échéant, l'entreprise a le droit de demander des informations médicales complémentaires.

Pour des contrats d'assurance payés par une prime unique, l'augmentation du capital ne peut se faire uniquement que par paiement d'une prime unique.

Article 8 – Réduction et rachat

A. Réduction

Le preneur d'assurance a le droit de réduire son contrat d'assurance à n'importe quel moment.

La réduction doit être demandée à l'entreprise d'assurance par le biais d'une lettre datée et signée par le preneur d'assurance. La réduction demandée par le preneur d'assurance prend effet à la date de réception de la demande.

Dans le cas d'un non-paiement de primes (voir Article 4), l'entreprise d'assurance a le droit de réduire l'assurance. La réduction prend effet à l'échéance de la première prime non-payée.

La réduction se fera en utilisant la valeur de rachat théorique réduite d'une indemnité s'élevant à 75 EUR comme une prime unique déterminant le capital assuré réduit. Si la valeur de rachat théorique est insuffisante pour maintenir un capital assuré réduit d'au moins 1.000 EUR, le contrat d'assurance sera résilié.

La couverture d'enfants déchoit lors d'une réduction du contrat d'assurance.

B. Rachat

Le preneur d'assurance a le droit de racheter l'entièreté de son contrat d'assurance. Un rachat partiel n'est pas possible.

La demande de rachat doit se faire par une lettre datée et signée par le preneur d'assurance. La valeur de rachat théorique sera calculée à la date de réception de la demande de rachat.

Le rachat prend effet à la date où le preneur d'assurance renvoie la quittance de rachat, reçue de l'entreprise d'assurance, signée pour accord. Dès ce moment, le décès de l'assuré n'est plus couvert et la couverture d'enfants déchoit.

Lors du rachat, le preneur d'assurance peut choisir d'utiliser la valeur de rachat théorique diminuée des frais de rachat pour prolonger le contrat ou de procéder à son versement.

L'indemnité de rachat s'élève à 5% de la valeur de rachat théorique diminuée des frais d'acquisition non encore amortis. Ce pourcentage diminue les 5 dernières années du contrat de 1% par an et s'élèvera à 1% la dernière année du contrat. Les frais de rachat s'élèvent à 135 EUR.

Article 9 – Remise en vigueur

Un contrat d'assurance réduit ou racheté peut être remis en vigueur pour le capital assuré à la date de réduction ou de rachat. La remise en vigueur doit être demandée dans les trois mois suivant le rachat ou dans les trois ans suivant la réduction.

Pour un contrat réduit, la remise en vigueur se fait en adaptant la prime, tenant compte de la valeur de rachat théorique au moment où le contrat est remis en vigueur.

Pour un contrat racheté la remise en vigueur se fait par le remboursement de la valeur de rachat et en adaptant la prime, tenant compte de la valeur de rachat théorique au moment du rachat.

L'entreprise d'assurance a le droit d'accepter ou de refuser la remise en vigueur à base des formalités médicales, dont les frais seront entièrement à charge du preneur d'assurance.

Article 10 – Avance et nantissement

Ni une avance sur la réserve, ni un nantissement du contrat d'assurance ne sont permis.

Article 11 – Preneur d'assurance subsidiaire

Si le preneur d'assurance décède et diffère de l'assuré, tous les droits et obligations du contrat d'assurance seront transférés à l'assuré stipulé dans la police d'assurance. Cet assuré sera alors, pour la durée restante du contrat d'assurance, le preneur d'assurance. S'il y a plusieurs assurés dans la police d'assurance, l'entreprise d'assurance déterminera à quel assuré les droits et obligations seront transférés.

L'entreprise d'assurance considérera à ce moment l'adresse de l'ancien preneur d'assurance comme étant l'adresse du nouveau preneur d'assurance, sauf quand autrement stipulé.

Article 12 – Désignation de bénéficiaires

Le preneur d'assurance a le choix libre dans la désignation d'un ou de plusieurs bénéficiaires.

Tant que la prestation assurée n'est pas exigible, le preneur d'assurance peut changer la désignation à n'importe quel moment. Un tel changement ne devient effectif que quand elle se fait par une lettre datée et signée à l'entreprise d'assurance.

Lors du décès de l'assuré, le capital assuré sera payé aux bénéficiaires suivant leur désignation dans la police d'assurance. Quand le bénéficiaire est un entrepreneur de pompes funèbres, désigné nominativement ou génériquement dans la police d'assurance, l'entreprise d'assurance payera les frais des funérailles, limités au capital assuré, directement à l'entrepreneur de pompes funèbres après soumission des factures relatives aux funérailles de l'assuré. Le cas échéant, si la somme de ces factures ne dépasse pas le capital assuré, le solde du capital sera payé aux bénéficiaires subsidiaires comme mentionné dans la police d'assurance, et dans leur ordre de désignation.

Article 13 – Participation aux bénéfices

Le contrat d'assurance ne donne pas droit à une participation aux bénéfices.

Article 14 – Paiement du capital décès

L'entreprise d'assurance payera le capital assuré aux bénéficiaires désignés selon les modalités déterminées dans la police d'assurance et après réception des documents suivants :

1. Un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
2. Une attestation médicale reprenant la cause du décès ;
3. Le document de liquidation complété et signé
4. Une copie recto-verso de la carte d'identité de(s) bénéficiaire(s) ou d'un document équivalent si le bénéficiaire est une entreprise de pompes funèbres;
5. Un relevé d'identité bancaire ou une copie de la carte bancaire liée au compte financier de(s) bénéficiaire(s) sur lequel le versement doit être effectué.

Si les bénéficiaires n'ont pas été désignés individuellement, ne sont pas identifiables ou sont prédécédés, une attestation de succession devra être fournie. L'entreprise d'assurance se réserve toujours le droit de demander de plus amples informations. L'entreprise d'assurance ne peut pas être tenue responsable d'un retard de paiement en raison de circonstances indépendantes de sa volonté (p.ex. : quand les prestations n'ont pas été revendiquées ou si les documents demandés n'ont pas été fournis).

Article 15 – Fiscalité

Le preneur d'assurance peut obtenir de l'entreprise d'assurance toute information fiscale concernant la taxe d'assurance, les impôts sur les revenus et les droits de succession liés au présent contrat d'assurance.

Article 16 – Protection du client

A. Protection des données personnelles

En tant qu'entreprise d'assurance située dans l'espace Economique Européen, PrismaLife AG est soumise à la réglementation européenne en matière de protection des données et plus particulièrement aux articles 13 et 14 de la directive RGPD 679/2016 du 27 avril 2016.

Le titulaire du traitement des données est PrismaLife AG avec laquelle le contrat d'assurance a été souscrit ayant son siège social à Industriering 40 9491 Ruggell Liechtenstein. Vous pouvez contacter le Titulaire du traitement, en adressant votre communication à l'attention du Responsable de la protection des données à l'une des adresses suivantes : en envoyant un email à : dataprotection@primalife.com ou en écrivant par courrier au siège social de la société indiqué ci-dessus.

Les données à caractère personnel seront traitées par l'entreprise d'assurance en vue d'évaluer les risques, la gestion de la relation commerciale, la gestion des contrats d'assurance, la gestion de sinistres, l'exécution des prestations, la satisfaction aux obligations légales, la gestion du portefeuille et la détection et prévention de la fraude. Pour ces fins, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à des entreprises agissant en tant que prestataire pour compte de l'entreprise d'assurance ou à des tiers dans le cadre de l'exécution d'une obligation légale. En aucun cas, ces données ne peuvent être gardées en dehors de l'Espace Economique Européen. L'assuré donne son accord concernant le traitement de ses données médicales quand ceci est nécessaire dans le cadre de l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance, l'assuré et le(s) bénéficiaire(s) peuvent obtenir sur simple demande les données traitées relatives à leur personne, et éventuellement les faire corriger ou radier, aussi bien que s'opposer à ce que ces données à caractère personnel soient utilisées pour des actions demarketing direct, en envoyant une requête datée et signée, accompagnée d'une copie recto-verso de leur carte d'identité au Titulaire du traitement des données.

Des dispositions techniques et organisationnelles ont été prises afin de garantir la confidentialité et la sécurité des données. L'accès aux données à caractère personnel du preneur d'assurance, de l'assuré et des bénéficiaires est limité aux personnes qui en ont besoin dans le cadre de leurs devoirs professionnels.

En tant que partie au contrat d'assurance, vous avez le droit d'introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (voir www.autoriteprotectiondonnees.be - Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles - +32 (0)2 274 48 00).

B. Conflits d'intérêts

Un conflit d'intérêts est une situation dans laquelle une personne ou une organisation est impliquée dans de multiples intérêts, financiers ou autres, et le fait de servir un intérêt pourrait impliquer d'agir contre un autre. En général, il s'agit de situations dans lesquelles l'intérêt personnel d'une personne ou d'une organisation pourrait nuire à l'obligation de prendre des décisions au profit d'un tiers. PrismaLife AG a défini des directives et procédures internes afin d'éviter tout conflit d'intérêts.

C. Critères de segmentation

L'entreprise d'assurance s'appuie sur des critères objectifs pour prendre une décision concernant la prise en charge d'un risque, la tarification et l'étendue de la couverture. Concrètement, il s'agit d'éléments qui permettent à l'entreprise d'assurance d'évaluer au mieux un risque donné.

L'entreprise d'assurance emploie les critères de segmentation suivants qui peuvent influencer sur la tarification, l'acceptation et l'étendue de la couverture :

- > Age : L'âge que vous avez lors de la proposition d'assurance détermine si vous pouvez le conclure par prime périodique ou par prime unique et détermine également le montant de la prime.
- > Etat de santé : Afin de pouvoir déterminer, lors de l'évaluation du risque, certaines anomalies quant à la chance de survie normale, nous vérifions l'état de santé de l'assuré lors de la souscription. L'assuré complète pour ce faire une déclaration de santé et d'éventuels questionnaires médicaux complémentaires.
- > Résidence : Seuls les preneurs d'assurance ayant leur résidence principale et domicile en Belgique sont autorisés à souscrire ce contrat d'assurance
- > Risques exclus : En cas de décès suite à certains risques, seulement une partie du montant assuré sera versée. Ces risques exclus (suicide, guerre...) sont décrits dans les conditions générales article 5 paragraphe C.

D. Plaintes et litiges

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à PrismaLife AG, Industriering 40, 9491 Ruggell, Liechtenstein. Tel : +423 220 00 10, Fax : +423 220 00 19 email complaints@prismalife.com.

Dans le cas d'insatisfaction quant à la réponse de notre Service de Gestion des Plaintes, la plainte peut être adressée au Financial Market Authority (FMA) Liechtenstein, Landstrasse 109, 9490 Vaduz, Liechtenstein.

Le preneur d'assurance peut aussi s'adresser à l'Ombudsman des Assurances :

- > Par mail : info@ombudsman-insurance.be
- > Par correspondance : Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles.
- > Par téléphone : 02/547.58.71
- > Par fax : 02/547.59.75

L'intéressé conserve aussi la possibilité d'intenter une action en justice.

E. Juridiction – droit applicable

Les contestations entre parties concernant l'interprétation ou l'exécution du contrat, relèvent exclusivement de l'application du droit belge et ressortent de la compétence des tribunaux belges.

Article 17 – Dispositions administratives

A. Gestion

PrismaLife AG fait les actions suivantes en son nom :

- > Etablir des polices d'assurance
- > Encaisser des primes
- > Gérer des sinistres

B. Résidence – correspondance

Toute notification d'une partie à l'autre est considérée d'être faite à la date de délivrance à la poste et se fera valablement à l'adresse de correspondance qu'elles se sont communiquées en dernier lieu.

Si l'entreprise d'assurance envoie une lettre à une des parties concernées par le contrat d'assurance, les dossiers ou documents de l'entreprise d'assurance composeront la preuve du contenu de la lettre. La preuve de l'envoi, dans le cas d'une lettre recommandée, est prouvée par la production de l'accusé de réception de la poste.

Lors d'un déménagement à l'étranger du preneur d'assurance ou de l'assuré, le preneur d'assurance s'engage à communiquer le changement d'adresse par écrit à l'entreprise d'assurance dans les 30 jours après ce déménagement.

C. Informations complémentaires

Contact

L'entreprise d'assurance peut être contactée :

- > Par lettre, adressé à son siège social ;
- > Par téléphone au numéro +423 220 00 10 ou tout autre numéro spécifique qui vous a été communiqué dans le cadre de la relation contractuelle
- > via le site web www.prismalife.com sous la rubrique "Kontakt" ou via l'adresse mail spécifique qui a été communiqué dans le cadre de la relation contractuelle.

Régime linguistique

Les informations et la communication de l'entreprise d'assurance se feront dans la langue choisie par le preneur d'assurance. Le preneur d'assurance a le choix entre le Français, le Néerlandais, l'Allemand ou l'Anglais.