

Conditions générales

# DB Life FlexSelect

## Table de matière

<b>CHAPITRE I - DEFINITIONS</b> .....	<b>2</b>
<b>CHAPITRE II - OBJET DE L'ASSURANCE</b> .....	<b>2</b>
1. <b>Objet du contrat</b> .....	<b>2</b>
2. <b>Effet du contrat</b> .....	<b>2</b>
3. <b>Bases sur lesquelles le contrat est établi</b> .....	<b>3</b>
4. <b>Garantie des bases techniques</b> .....	<b>3</b>
5. <b>Désignation du (des) bénéficiaire(s)</b> .....	<b>3</b>
6. <b>Modification du contrat</b> .....	<b>3</b>
<b>CHAPITRE III – VERSEMENTS</b> .....	<b>4</b>
7. <b>Montants et modalités</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE IV – EPARGNE</b> .....	<b>4</b>
8. <b>Constitution de l'épargne</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE V – PRESTATIONS</b> .....	<b>5</b>
9. <b>Montants des prestations</b> .....	<b>5</b>
10. <b>Paiement des prestations</b> .....	<b>5</b>
<b>CHAPITRE VI – DROIT DU PRENEUR D'ASSURANCE</b> .....	<b>6</b>
11. <b>Résiliation</b> .....	<b>6</b>
12. <b>Rachat total</b> .....	<b>6</b>
13. <b>Retrait partiel</b> .....	<b>7</b>
14. <b>Transferts</b> .....	<b>8</b>
15. <b>Règles spécifiques aux fonds de la partie branche 21</b> .....	<b>8</b>
16. <b>Liquidation /Suspension / Fusion / Remplacement d'un (des) fonds</b> .....	<b>8</b>
17. <b>Information du preneur d'assurance</b> .....	<b>8</b>
<b>CHAPITRE VIII - NOTIFICATIONS - JURIDICTION - LOI APPLICABLE - INFORMATION MEDICALE</b> .....	<b>9</b>
18. <b>Notifications</b> .....	<b>9</b>
19. <b>Juridiction - Loi applicable</b> .....	<b>9</b>
20. <b>Information médicale</b> .....	<b>9</b>
21. <b>Sanctions économiques</b> .....	<b>9</b>
22. <b>Protection des données personnelles</b> .....	<b>9</b>
23. <b>Traitement des plaintes</b> .....	<b>11</b>
<b>CHAPITRE IX - PARTICIPATION AUX BENEFICES</b> .....	<b>11</b>
24. <b>La participation aux bénéfices</b> .....	<b>11</b>

## CHAPITRE I - DEFINITIONS

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

La compagnie :	Allianz Benelux s.a.
Le preneur d'assurance :	la (les) personne(s) qui conclu(en)t le contrat avec la compagnie.
L'assuré :	la (les) personne(s) sur la tête de laquelle (desquelles) l'assurance est conclue.
Le bénéficiaire :	la personne en faveur de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.
La partie branche 21 :	la partie du contrat liée au fonds pour lequel la compagnie garantit un taux d'intérêt technique et s'engage à attribuer une éventuelle participation aux bénéfices.
La partie branche 23 :	la partie du contrat liée à des fonds d'investissement pour laquelle le preneur d'assurance supporte entièrement le risque financier.

## CHAPITRE II - OBJET DE L'ASSURANCE

### 1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet, en fonction des versements de primes effectués par le preneur d'assurance, de garantir au(x) bénéficiaire(s) le paiement des prestations fixées aux conditions particulières du contrat. Le contrat est nominatif.

Le contrat est lié à un ou plusieurs fonds d'investissement (fonds) de la partie branche 23 et/ou à un fonds de la partie branche 21.

### 2. Effet du contrat

Le contrat prend effet le jour ouvrable qui suit la réception par la compagnie du premier versement de prime et après la signature du contrat et la constitution d'un dossier complet. Les garanties sont seulement acquises après réception du versement de la première prime.

Par 'dossier complet', il faut entendre l'ensemble des exigences documentaires, informatives et préalables à l'acceptation et l'établissement du contrat telles qu'elles sont requises par la législation et la réglementation relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme.

L'acceptation du contrat est également subordonnée à la réception d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

Si le preneur d'assurance est une personne morale, l'acceptation du contrat est subordonnée à la réception d'une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du preneur d'assurance ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.

Le preneur d'assurance-personne morale transmettra à la compagnie la liste de ses actionnaires-personnes physiques détenant au moins 25% des actions, des droits ou des biens de la société qui conclut le contrat. Si l'actionnaire principal du preneur d'assurance est une personne morale, la liste des actionnaires-personnes physiques de cette société sera jointe à la proposition d'assurance. Si les titres de la société sont au porteur ou dématérialisés, l'actionnaire détenant au moins 25% des actions doit conformément à l'article 515bis du code des sociétés, communiquer au preneur d'assurance l'état de sa participation. La même liste est requise en cas de rachat.

### **3. Bases sur lesquelles le contrat est établi**

Le contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires régissant l'assurance sur la vie. Il est établi sur base des renseignements fournis sincèrement et sans réticence par le preneur d'assurance et l'assuré, en vue d'informer la compagnie sur les risques qu'elle prend en charge.

La compagnie renonce cependant dès la prise d'effet du contrat, à faire valoir la nullité pour les omissions ou les déclarations erronées faites de bonne foi. Le contrat est dès lors incontestable dès sa conclusion hormis le cas de fraude qui le rend nul.

En cas de fraude, les primes versées jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission de l'inexactitude intentionnelle lui sont acquises.

En cas d'inexactitude sur la date de naissance de l'assuré, les prestations sont adaptées en fonction de la date de naissance exacte.

### **4. Garantie des bases techniques**

Les bases techniques, y compris le taux d'intérêt technique, sont celles en vigueur le jour qui suit le jour de la réception de la prime par la compagnie et après la signature du contrat et la constitution d'un dossier complet. Le taux d'intérêt technique appliqué aux primes versées sur la partie branche 21 est mentionné sur le document de "confirmation du versement". Le taux d'intérêt technique est garanti, pour ces primes, pendant 8 ans. Au-delà de cette période, la compagnie se réserve le droit de modifier à tout moment, pour ces primes, le taux d'intérêt technique.

Aucune garantie de taux d'intérêt technique n'est accordée pour les primes avant leur versement.

Les bases techniques peuvent être modifiées par la compagnie à tout moment après leur notification par la compagnie au preneur d'assurance.

### **5. Désignation du (des) bénéficiaire(s)**

Le preneur d'assurance peut librement désigner le(s) bénéficiaire(s) ou modifier cette désignation. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit signé par le preneur d'assurance.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice du contrat. Pour être opposable à la compagnie, cette acceptation doit se faire:

- tant que le preneur d'assurance est en vie, par un avenant au contrat portant les signatures du bénéficiaire, du preneur d'assurance et de la compagnie ;
- après le décès du preneur d'assurance, par un écrit notifié à la compagnie.

En cas d'acceptation, la désignation d'un nouveau bénéficiaire est soumise à l'autorisation écrite du bénéficiaire ayant déjà accepté.

### **6. Modification du contrat**

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation du contrat par l'établissement d'un avenant.

Si la modification demandée a pour effet de diminuer les prestations qui sont assurées par les versements déjà effectués au moment de la modification et 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).

## **CHAPITRE III – VERSEMENTS**

### **7. Montants et modalités**

Les versements de primes en assurance vie sont facultatifs. Ils sont payables suivant les modalités indiquées aux conditions particulières.

Les versements sont fixés librement par le preneur d'assurance. Toutefois, le versement initial sur le contrat doit être au moins égal à 50.000 euros. Des versements complémentaires sont possibles à partir de 5.000 euros.

Aucun droit d'entrée n'est perçu sur les versements.

Les droits d'entrée indiqués sur le document de "confirmation du versement" ainsi que tous suppléments tels que taxes, cotisations et autres frappant le contrat ou qui viendraient à le frapper sont à charge du preneur d'assurance et doivent être payés en même temps que la prime.

Les versements, diminués des droits d'entrée prévus aux conditions particulières et indiqués sur le document intitulé «confirmation de versement» sont affectés au contrat et répartis entre le fonds de la partie branche 21 et/ou les fonds d'investissement de la partie branche 23 selon les pourcentages définis aux conditions particulières.

#### **Partie branche 21**

Aucun montant minimum de versement n'est exigé.

La capitalisation du versement au taux d'intérêt technique commence le jour ouvrable qui suit le jour de la réception par la compagnie de l'extrait compte mentionnant le versement sur l'un de ses comptes financiers et au plus tôt le jour ouvrable qui suit le jour de la constitution du dossier complet.

#### **Partie branche 23**

Aucun montant minimum de versement n'est exigé par fonds.

Les versements sont convertis en unités des fonds d'investissement. Le nombre d'unités affectées est fonction de la valeur des unités.

La valeur des unités est celle calculée à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par la compagnie de l'extrait compte mentionnant le versement sur l'un de ses comptes financiers et au plus tôt à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la constitution du dossier complet.

## **CHAPITRE IV – EPARGNE**

### **8. Constitution de l'épargne**

#### **Partie branche 21**

L'épargne correspond à l'épargne constituée au sein du fonds par la totalité des montants nets investis et désinvestis, capitalisés au taux technique en vigueur au moment de l'investissement et augmentés de la participation aux bénéfices. Les montants nets investis sont égaux aux versements de primes diminués des suppléments et droits d'entrée prévus à l'article 7 et des montants arbitrés en provenance d'autres fonds. Les montants nets désinvestis correspondent aux retraits et aux montants arbitrés vers d'autres fonds.

#### **Partie branche 23**

L'épargne est la valeur totale des unités des fonds d'investissement affectées au contrat, compte tenu des investissements et des désinvestissements. Les investissements sont égaux aux versements de primes diminués des suppléments et droits d'entrée prévus à l'article 7 et des montants arbitrés en provenance d'autres fonds. Les désinvestissements correspondent aux retraits, aux prélèvements des primes

nécessaires pour couvrir les prestations assurées en cas de décès et aux montants arbitrés vers d'autres fonds.

Le preneur d'assurance répartit librement chaque versement sur les différents fonds. Il peut à tout moment modifier la répartition de son épargne constituée en effectuant des transferts entre fonds selon les modalités définies à l'article 14.

## **CHAPITRE V – PRESTATIONS**

### **9. Montants des prestations**

Les montants des prestations assurées sont indiqués aux conditions particulières.

### **10. Paiement des prestations**

Les prestations dues par la compagnie sont payées au(x) bénéficiaire(s) après remise du contrat et de ses avenants.

Si le paiement résulte de la vie de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés:

- un certificat de vie à la date de l'échéance mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires ou s'il s'agit d'une personne morale, une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du bénéficiaire ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.

Si le paiement résulte du décès de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés :

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- un certificat établi par le médecin traitant de l'assuré et transmis au médecin-conseil de la compagnie, établissant la cause du décès ; l'assuré y consent par la signature du présent contrat ;
- un acte de notoriété indiquant les droits du (des) bénéficiaire(s) lorsqu'il(s) n'a (ont) pas été nominativement désignés dans le contrat ;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires ;
- un certificat de vie au nom de chacun des bénéficiaires.

### **Partie branche 21**

Les prestations à verser sont exprimées en euros et correspondent à la valeur de l'épargne constituée le jour ouvrable qui suit le jour de la réception par la compagnie des documents précités.

### **Partie branche 23**

Les prestations à verser sont exprimées en unités. Lors du paiement des prestations, les sommes sont converties en euros sur base de la valeur atteinte par l'unité au maximum à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par la compagnie des documents précités.

Le preneur d'assurance ne bénéficie d'aucune garantie de rendement de son contrat, sauf dérogation éventuelle indiquée dans les conditions particulières.

## CHAPITRE VI – DROIT DU PRENEUR D'ASSURANCE

### 11. Résiliation

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours qui suivent sa prise d'effet.

La demande de résiliation doit être communiquée à la compagnie par lettre recommandée ou par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé.

#### Partie branche 21

Dans ce cas, la compagnie rembourse le(s) versement(s) net(s) augmenté(s) des droits d'entrée éventuellement diminué(s) d'une indemnité telle que décrite aux alinéas 3 et 4 de l'article 12, sous partie branche 21.

#### Partie branche 23

Dans ce cas, la compagnie rembourse la valeur des unités attribuées augmentée des droits d'entrée. La valeur des unités est celle calculée au maximum à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de résiliation par la compagnie.

### 12. Rachat total

Le preneur d'assurance a droit en tout temps au rachat de son contrat. La demande doit en être faite auprès de la compagnie par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

La date de la demande est prise en compte pour le calcul de la valeur de rachat. Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout autre document équivalent est signé pour accord par le preneur d'assurance.

#### Partie branche 21

La valeur de rachat est égale à l'épargne capitalisée au sein du fonds à la date de la demande de rachat, diminuée d'une indemnité éventuelle. Ainsi, en cas de rachat, l'épargne capitalisée au sein de chaque fonds des montants nets investis dont la date d'investissement est antérieure de 5 ans maximum à la date de demande de rachat est diminuée d'une indemnité égale à 0,05 % par mois restant à courir entre la date de rachat et la fin de la période de 5 ans qui suit la date d'investissement.

S'il s'avère qu'à la date de la demande du rachat, le niveau du Spot Rate 8 ans est supérieur à 120% du niveau du Spot Rate 8 ans en vigueur au moment de l'investissement du (des) montants(s) net(s) investi(s) ou au terme de chaque période de 8 ans qui suit l'investissement du (des) montants(s) net(s) investi(s), la compagnie est autorisée à prélever une indemnité, dans l'intérêt de l'ensemble des preneurs d'assurances, conformément à l'article 30 § 2 de l'A.R. du 14 novembre 2003. Dans cette hypothèse, l'indemnité prévue à l'alinéa 3 du présent article n'est pas d'application.

#### Partie branche 23

Les modalités de rachats sont définies sur l'ensemble des fonds.

La valeur de rachat est égale à l'épargne constituée. En cas de rachat au cours des 5 années suivant le premier investissement dans les fonds, il est prélevé une indemnité de 1,5 % de l'épargne constituée.

Des unités sont prélevées sur le contrat et sont converties en euros. La valeur des unités est celle calculée au maximum à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de rachat par la compagnie. Pour obtenir la valeur de rachat, le preneur d'assurance doit restituer le contrat et ses avenants et produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie de sa carte d'identité ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie

de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du preneur d'assurance ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.

### **13. Retrait partiel**

Le retrait partiel est l'opération par laquelle le preneur d'assurance obtient de la compagnie une partie de l'épargne constituée.

Le preneur d'assurance peut à tout moment effectuer des retraits partiels de 1.000 euros minimum chacun et à condition que le solde de l'épargne constituée ne soit pas, après retrait partiel, inférieur à 5.000 euros.

Les prestations assurées en cas de décès seront adaptées en fonction des retraits.

### **Partie branche 21**

En cas de retrait d'une partie de l'épargne capitalisée du fonds il est prélevé du montant retiré une indemnité calculée conformément aux alinéas 3 et 4 de l'article 12, sous partie branche 21. Néanmoins, une fois par an, dès la deuxième année d'assurance qui suit le premier montant net investi, le preneur d'assurance peut, sans indemnité, retirer jusqu'à 10% des montants nets investis au sein du fonds, avec un minimum de 500 euros et à condition que le solde de l'épargne capitalisée au sein du fonds ne soit pas, après retrait partiel, inférieur à 1.250 euros.

### **Partie branche 23**

Les modalités de retraits partiels sont définies sur l'ensemble des fonds.

En cas de retrait d'une partie de l'épargne constituée au sein d'un fonds, il est prélevé du montant retiré une indemnité calculée conformément à l'alinéa 6 de l'article 12, sous partie branche 23. Néanmoins, une fois par an, dès la deuxième année d'assurance qui suit le premier investissement, le preneur d'assurance peut, sans indemnité, retirer 10% maximum des montants nets investis, avec un minimum de 1.000 euros et à condition que le solde de l'épargne constituée ne soit pas, après retrait, inférieur à 5.000 euros.

Des unités sont prélevées sur le contrat et sont converties en euros. La valeur des unités est celle calculée au maximum à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de rachat par la compagnie.

Pour procéder à des retraits, le preneur d'assurance doit produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie de sa carte d'identité ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du preneur d'assurance ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.



## 14. Transferts

Le preneur d'assurance a le droit d'effectuer des transferts entre le fonds de la partie branche 21 et de la partie branche 23 et entre les fonds au sein de la partie branche 23.

### Partie branche 21

Les frais de transfert sont calculés conformément aux alinéas 3 et 4 de l'article 12, sous partie branche 21.

A partir du treizième mois qui suit le premier montant net investi dans un fonds, le preneur d'assurance peut, sans indemnité, arbitrer jusqu'à 10% des montants nets investis au sein de ce fonds, avec un minimum de 500 euros et à condition que le solde de l'épargne capitalisée au sein du fonds ne soit pas, après transfert, inférieur à 1.250 euros. Si au cours d'une même année d'assurance d'autres transferts sont réalisés, les frais de transfert calculés conformément aux alinéas 3 et 4 de l'article 12, sous partie Branche 21, sont d'application.

### Partie branche 23

Les modalités de transfert sont définies sur l'ensemble des fonds.

Les frais de transfert s'élèvent à 0,50% du montant à arbitrer avec un maximum de 100 euros.

Néanmoins le preneur d'assurance a la possibilité d'effectuer 3 transferts gratuitement par année d'assurance. Si au cours d'une même année d'assurance d'autres transferts sont réalisés, les frais de transferts repris ci-dessus sont d'application.

Les désinvestissements sont effectués sur base de la valeur des unités calculées au maximum à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de transfert par la compagnie. Les réinvestissements sont réalisés sur base de la valeur des unités calculées au maximum à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit la date d'évaluation des unités prise en considération pour les désinvestissements.

## 15. Règles spécifiques aux fonds de la partie branche 21

Les montants exonérés d'indemnité à titre de retrait partiel et de transfert, définis aux articles 12 et 13, ne sont pas cumulables.

## 16. Liquidation /Suspension / Fusion / Remplacement d'un (des) fonds

En cas de liquidation du fonds de la partie branche 21 le preneur d'assurance a le choix, auprès de la compagnie entre la conversion de son contrat en une opération liée ou non à un fonds d'investissement, ou le paiement de la valeur de rachat.

En cas de liquidation, de suspension, de fusion, ou de remplacement d'un (des) fonds d'investissement interne de la partie branche 23 les différentes modalités sont reprises dans le règlement de gestion des fonds d'investissement internes.

Aucune indemnité ne peut être mise à charge du preneur d'assurance.

## 17. Information du preneur d'assurance

Lors de chaque opération, l'épargne est calculée et communiquée par la compagnie au moyen d'une "confirmation d'opération".

Une fois par an, un extrait de compte sera envoyé au preneur d'assurance, lui notifiant l'épargne du contrat (valeur de rachat théorique) et la valeur de l'unité des fonds.

## **CHAPITRE VIII - NOTIFICATIONS - JURIDICTION - LOI APPLICABLE - INFORMATION MEDICALE**

### **18. Notifications**

Pour être valables, les notifications destinées à la compagnie doivent être faites à son siège social en Belgique ; celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à la compagnie. Toute notification est censée faite à la date de son dépôt à la poste.

### **19. Juridiction - Loi applicable**

Les contestations entre parties relatives à l'interprétation ou à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges. La loi applicable au contrat est la loi belge.

Les langues officielles utilisées pour la correspondance avec notre clientèle et juridiquement reconnues en cas de litige sont le français et le néerlandais.

### **20. Information médicale**

L'assuré s'engage à demander à son médecin traitant, qui est tenu de les lui remettre tous les certificats que la compagnie estime nécessaires pour la conclusion ou l'exécution du contrat.

L'assuré autorise son médecin à remettre au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause de son décès.

### **21. Sanctions économiques**

Le présent contrat n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

### **22. Protection des données personnelles**

#### **Remarque préliminaire**

Si le contrat d'assurance que vous allez souscrire vous couvre vous-même, nous vous invitons à lire attentivement les paragraphes d'explication suivants.

Si le contrat d'assurance est souscrit au profit d'autres personnes que vous-même (comme les employés ou dirigeants de votre entreprise, un ou plusieurs tiers, ...), les droits et devoirs décrits dans les paragraphes suivants restent entièrement d'application, sauf en ce qui concerne l'accord sur le traitement des données personnelles de santé. Dans ce cas, seules les personnes au profit desquelles le contrat d'assurance est souscrit peuvent donner leur accord. Si, dans le cadre d'une évaluation d'un risque ou de la gestion d'un sinistre, nous devons collecter des données auprès de ces personnes, elles seront informées de notre politique de gestion des données personnelles. En cas de traitement de données liées à la santé, nous demanderons leur consentement personnel.

#### **Allianz Benelux : qui sommes-nous ?**

Allianz Benelux est déjà votre assureur ou a vocation à le devenir pour vous prémunir contre différents risques et pour vous indemniser, le cas échéant. A cet effet, nous sommes obligés de collecter certaines de vos données personnelles pour mener à bien notre rôle d'assureur. Les paragraphes suivants vous expliquent comment et pourquoi nous utilisons vos données personnelles. Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit.

## **Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?**

Nous collectons et traitons vos données personnelles exclusivement pour les objectifs suivants :

- l'évaluation du risque assuré par votre contrat,
- la gestion de la relation commerciale avec vous, avec votre courtier ou avec des partenaires commerciaux, via Internet et les réseaux sociaux, en ce compris la promotion de nos produits d'assurances, pendant et après la fin de notre relation contractuelle,
- la gestion de votre police d'assurances ou de vos éventuels sinistres couverts par votre contrat,
- l'envoi obligatoire d'informations relatives à votre situation d'assurances,
- la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise,
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance.

Aucune disposition légale ne vous oblige à nous fournir les données personnelles que nous demandons mais, à défaut de nous les fournir, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance ou vos sinistres.

Pour chaque objectif énuméré ci-dessus, la collecte et le traitement des données sont :

- réalisés conformément à la législation sur la protection des données personnelles,
- fondés soit sur les législations applicables aux assurances, soit sur votre consentement.

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de conformité (contrôle de conformité) et de l'audit interne. Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire, nous partageons aussi vos données personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs, des experts, des conseillers juridiques et avec les administrations belges ou étrangères (pensions, autorités fiscales belges ou étrangères dans le cadre de nos obligations de reporting FATCA et CRS, sécurité sociale, autorités de contrôle).

Pour des raisons de sécurité, de sauvegarde de vos données ou de gestion de nos applications informatiques, il arrive que nous devions transférer vos données personnelles vers une autre société spécialisée du Groupe Allianz située au sein ou en dehors de l'Union européenne. Pour ces transferts, le Groupe Allianz a établi des règles très contraignantes qui ont été approuvées par les autorités de protection des données personnelles et qu'Allianz Benelux respecte. Ces règles constituent l'engagement pris par le Groupe Allianz et par Allianz Benelux de protéger de façon adéquate le traitement des données personnelles, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

## **De quels droits disposez-vous à l'égard de vos données personnelles ?**

- le droit d'y avoir accès,
- le droit de les faire rectifier si elles sont inexactes ou incomplètes,
- le droit de les faire effacer dans certaines circonstances comme, par exemple, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires à l'objectif poursuivi lors de leur collecte et traitement,
- le droit d'obtenir la limitation de traitement dans certaines circonstances comme par exemple la limitation de l'usage d'une donnée dont vous contestez l'exactitude pendant la période où nous devons la vérifier,
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente,
- le droit de vous opposer au traitement,
- le droit à la portabilité de vos données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir vos données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement,
- le droit d'obtenir des explications sur les décisions automatisées,
- le droit de retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

## **Profilage et décision automatisée.**

En collaboration avec des partenaires externes, nous collectons des données déposées sur les réseaux sociaux en vue d'établir des profils de prospects à qui nous adressons nos promotions commerciales, ces derniers ayant toujours la possibilité de refuser ces promotions. En accord avec les personnes concernées, nous collectons parfois des données de géolocalisation.

Nous donnons parfois aussi accès aux clients ou aux prospects soit à des modules de calcul de prime afin qu'ils puissent comparer les prix et prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous, soit à des modules d'évaluation de leur profil financier afin de leur permettre de déterminer si nos assurances

de placement ou d'investissement pourraient les intéresser et le cas échéant, de prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous.

Les clients et prospects sont toujours en droit de nous demander de plus amples explications sur la logique de ces modules ou profilage.

### **Conservation de vos données personnelles.**

Nous conserverons vos données personnelles aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des objectifs cités ci-dessus ou aussi longtemps qu'une loi le requiert. La durée de conservation des données contractuelles et de gestion de sinistre se termine à la fin du délai de prescription légal qui suit la clôture du dernier sinistre couvert par le contrat d'assurance. La durée varie donc fortement d'une assurance à l'autre.

### **Questions, exercices de vos droits et plaintes.**

Vous pouvez nous adresser vos questions concernant le traitement de vos données personnelles soit par courriel à l'adresse [privacy@allianz.be](mailto:privacy@allianz.be), soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux sa, Service juridique et compliance/Protection des données, 35, rue de Laeken à 1000 Bruxelles, Belgique. Veuillez aussi nous transmettre une copie de votre carte d'identité recto/verso. Nous vous répondrons personnellement. Toute plainte concernant le traitement de vos données personnelles peut être adressée aux adresses postale et de courriel mentionnées ci-dessus ou encore à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, [www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be) .

### **Consentements spécifiques.**

#### **Traitement de données relatives à la santé.**

En signant votre contrat d'assurance, vous marquez expressément votre accord sur le traitement de vos données personnelles relatives à votre santé par le Service médical de notre compagnie et par les personnes dûment autorisées à les traiter lorsque ce traitement est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. A défaut de consentir au traitement de données relatives à la santé, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance si une garantie corporelle ou un sinistre avec dommage à la santé est en jeu.

Quant aux personnes au profit desquelles vous avez souscrit une assurance, nous nous chargeons de les informer et de demander leur accord sur le traitement de leurs données personnelles liées à la santé lors de l'évaluation d'un risque ou de la gestion d'un éventuel sinistre.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à consulter notre page « Protection des données personnelles » de notre site Web à l'adresse <http://www.allianz.be/fr/protection-des-donnees-personnelles/Pages/qui-sommes-nous.aspx>

### **23. Traitement des plaintes**

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat à :

- l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax: 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as),
- Allianz Benelux s.a. par mail à [plaintes@allianz.be](mailto:plaintes@allianz.be), par téléphone au 02/214.77.36, par fax au 02/214.61.71 ou par lettre à Allianz Benelux s.a., 10RSGJ, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

## **CHAPITRE IX - PARTICIPATION AUX BENEFICES**

### **24. La participation aux bénéfices**

Le contrat participe gratuitement pour la partie branche 21 dans les bénéfices suivant les règles déterminées par la compagnie et communiquées à la Banque Nationale de Belgique (BNB), sauf s'il est exclu de toute participation aux bénéfices dans les conditions particulières.

Aucune participation aux bénéfices n'est attribuée au contrat pour la partie branche 23.