

Conditions Générales

CG UL 2019/07



CONDITIONS GÉNÉRALES	5	21.2. Informations relatives aux fonds qui doivent vous être remises avant la conclusion du Contrat	11
1. DÉFINITIONS	5	21.3. Fonds externes	11
2. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?	5	21.4. Unité	11
3. QUELLES SONT LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT ?	5	21.5. Prix	11
4. QUELLES SONT LES COMBINAISONS D'ASSURANCES ?	6	21.6. Clôture de fonds externe	11
4.1. Bâloise - Life PLAN	6	22. CONSTITUTION DE L'ÉPARGNE DANS LE COMPARTIMENT TAUX D'INTÉRÊT GARANTI	12
4.2. Bâloise - Kid's PLAN	6	23. ARBITRAGE	12
4.3. Bâloise - Pension PLAN	6	24. QUELS FRAIS S'APPLIQUENT AUX CONTRATS BÂLOISE – LIFE PLAN, BÂLOISE – KID'S PLAN ET BÂLOISE – PENSION PLAN ?	12
5. QUELLES SONT LES DÉCLARATIONS À EFFECTUER PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET L'ASSURÉ ?	6	24.1. Frais d'entrée	12
5.1. Déclarations à la souscription du contrat	6	24.2. Frais de gestion	12
5.2. Déclarations à la souscription du contrat	6	24.3. Frais d'encaissement	12
6. QUELLE EST LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET SA DURÉE ?	6	24.4. Frais d'arbitrage	12
7. COMMENT POUVEZ-VOUS RENONCER AU CONTRAT ?	7	24.5. Rachat et valeur de rachat	12
8. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE ?	7	25. COMMENT INVESTISSONS-NOUS VOS PRIMES ?	13
9. QUELLES SONT LES RÈGLES APPLICABLES AU PAIEMENT DE VOS PRIMES ?	7	25.1. Primes minimales	13
9.1. Paiement des primes	7	25.2. Répartition des primes	13
9.2. Non-paiement des primes	8	25.3. Modification de la répartition des primes	13
10. Droits du Preneur d'assurance	8	26. QUE DOIT-ON RESPECTER LORS DU VERSEMENT DES PRIMES ?	13
10.1. Désignation du Bénéficiaire	8	26.1. Devise	13
10.2. Rachat	8	26.2. Prime unique et versement libre	13
10.3. Transformation	8	27. DANS QUELLES CONDITIONS POUVEZ-VOUS PROCÉDER À DES RACHATS DU CONTRAT ?	13
10.4. Cession	8	27.1. Rachat partiel	13
11. RÈGLEMENT DE LA PRESTATION DUE	8	27.2. Rachat total	13
12. PARTICIPATION BÉNÉFICIAIRE	9	27.3. Rachat minimum et modalités de paiement	14
13. COMMUNICATION	9	27.4. Suspension du rachat	14
14. ECHANGE AUTOMATIQUE D'INFORMATIONS / FATCA	9	27.5. Valeurs de rachat	14
15. FRAIS BANCAIRES	10	27.5.1. Remarque préalable	14
16. IMPÔTS ET TAXES	10	27.5.2. Exemple	14
17. RÉGIME FISCAL APPLICABLE	10	28. COMMENT DÉSIGNER DES BÉNÉFICIAIRES ET COMMENT MODIFIER VOTRE CHOIX ?	14
18. CONTESTATION	10	ANNEXE 1 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DÉCÈS LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN, BÂLOISE – KID'S PLAN ET BÂLOISE – PENSION PLAN	15
19. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE	10	1. QUELLE EST LA PRESTATION PRÉVUE EN CAS DE DÉCÈS ?	15
20. PRESCRIPTION	10	1.1. Bâloise – Life PLAN	15
VOTRE INVESTISSEMENT	10	1.2. Bâloise - Kid's PLAN	15
21. CONSTITUTION DE L'ÉPARGNE DANS LE COMPARTIMENT FONDS D'INVESTISSEMENT	10		
21.1. Fonds	11		

1.3. Bâloise - Pension PLAN	15	6.3. Bénéficiaire	22
2. MODALITÉS DE SOUSCRIPTION D'UNE GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE	15	6.4. Règlement des prestations	22
3. CAPITAL SOUS RISQUE ET PRIME DE RISQUE	16	ANNEXE 4 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE INVALIDITÉ LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN ET BÂLOISE – KID'S PLAN	22
3.1. Bâloise – Life PLAN	16	1. DÉFINITIONS	22
3.2. Bâloise – Kid's PLAN	16	1.1. Accident	22
4. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE	17	1.2. Maladie	22
5. RISQUES EXCLUS	17	1.3. Invalidité	23
6. VERSEMENT DE LA PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS	18	1.4. Délai de carence	23
ANNEXE 2 : ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES « ACCIDENT » ET/ OU « ACCIDENT DE LA CIRCULATION » LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN	18	2. OBJET DE LA GARANTIE	23
1. DÉFINITIONS	18	3. LES PRESTATIONS POSSIBLES	23
1.1. Accident	18	3.1. Exonération du paiement des primes	23
1.2. Accident de la circulation	18	3.2. Rente d'invalidité	23
1.3. Invalidité	18	3.3. Capital invalidité grave de l'enfant	23
2. OBJET DE LA GARANTIE	19	4. PRISE D'EFFET ET DURÉE	23
3. PRISE D'EFFET ET DURÉE	19	5. PRIMES	23
4. PRIMES	19	6. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE	24
5. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE	19	6.1. Risques exclus	24
5.1. Risques exclus	19	6.2. Couverture limitée	24
5.2. Risques particuliers	19	6.3. Risques particuliers	24
6. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE	20	7. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE	25
6.1. Déclaration	20	7.1. Déclaration	25
6.2. Constatation du degré d'invalidité	20	7.2. Constatation du degré d'invalidité	25
6.3. Contestation	20	7.3. Contestation	25
6.4. Bénéficiaire	20	7.4. Bénéficiaire	25
6.5. Règlement des prestations	20	7.5. Règlement des prestations	25
ANNEXE 3 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE HOSPITALISATION LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN	21	7.6. Fin du droit aux prestations	25
1. DÉFINITIONS	21	ANNEXE 5 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE « MALADIES GRAVES » LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN	25
1.1. Accident	21	1. DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES	25
1.2. Hospitalisation	21	2. OBJET DE LA GARANTIE	26
1.3. Maladie	21	3. PRISE D'EFFET ET DURÉE	26
2. OBJET DE LA GARANTIE	21	4. PRIMES	27
3. PRISE D'EFFET ET DURÉE	21	5. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE	27
4. PRIMES	21	5.1. Risques exclus	27
5. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE	21	5.2. Risques particuliers	27
6. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE	22	6. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE	27
6.1. Déclaration	22	7. CONTESTATION	27
6.2. Contestation	22	8. BÉNÉFICIAIRE	28
		9. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	28
		ANNEXE 6 : RÉGIME FISCAL APPLICABLE	28

1. PRÉAMBULE	28
2. TAXE D'ASSURANCE	28
3. DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES PRIMES D'ASSURANCE	28
3.1. Primes d'assurance selon l'article 111 LIR	28
3.2. Montants maxima déductibles dans le cadre de l'article 111	28
3.3. Contrats d'assurance pension selon l'article 111bis LIR	28
3.4. Montants maxima déductibles dans le cadre de l'article 111bis	29
4. FISCALITÉ AU TERME DU CONTRAT ET EN CAS DE RACHAT DU CONTRATS	29
5. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA PERSONNE ASSURÉE	29
ANNEXE 7 : RÉGIME FISCAL APPLICABLE	29
1. PRÉAMBULE	29
2. TAXE D'ASSURANCE	29
3. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA PERSONNE ASSURÉE	29
4. FISCALITÉ EN CAS DE RACHAT DU CONTRAT	29
ANNEXE 8 : RÉGIME FISCAL APPLICABLE	30
1. PRÉAMBULE	30
2. TAXE D'ASSURANCE	30
3. OBLIGATION DE DÉCLARATION	30
4. IMPÔTS SUR LE REVENU DES PERSONNES PHYSIQUES	30
5. IMPÔT DE SOLIDARITÉ SUR LA FORTUNE	30
6. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA PERSONNE ASSURÉE	31
7. TAXE FORFAITAIRE (CGI ART. 990)	31
8. DROITS DE SUCCESSION (CGI ART. 757 B)	31
9. LOI TEPA	31
10. PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX	31
ANNEXE 9 : EXPLOITATION DES DONNÉES PERSONNELLES	31
1. TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES	31
2. SECRET PROFESSIONNEL	32

CONDITIONS GÉNÉRALES

Les Conditions Générales actuellement en vigueur sont disponibles sur notre site internet: www.baloise.lu/CG. Elles sont également disponibles et transmissibles sur simple demande.

1. DÉFINITIONS

Aux termes du présent contrat d'assurance, on entend par :

Compartiment

Support d'investissement choisi par le preneur d'assurance, les deux compartiments disponibles sont:

- Compartiment «Taux Garanti» pour lequel sur chaque prime versée, un taux d'intérêt est garanti pour toute la durée du contrat ;
- Compartiment «lié à des fonds d'investissement» pour lesquelles primes sont investies dans des fonds d'investissement qui n'offrent aucune garantie de rendement.

La Compagnie

Bâloise Vie Luxembourg S.A., société de droit luxembourgeois soumise au contrôle prudentiel du Commissariat aux Assurances, inscrite au Registre de commerce et des sociétés de Luxembourg sous le numéro B 54 686, dont le siège social est établi à L-8070 Bertrange, 23, rue du Puits Romain, Bourmicht ;

Preneur d'assurance

La ou les personnes qui souscrive(nt) le contrat d'assurance. En cas de plusieurs preneurs d'assurance, ces derniers sont tenus solidairement et indivisiblement par toutes les obligations du contrat ;

Assuré

La ou les personnes sur lesquelles repose le risque de survenance de l'événement assuré ;

Bénéficiaire

La ou les personnes en faveur desquelles sont stipulées les prestations d'assurance ;

L.C.A.

La loi du 27 juillet 1997 sur les contrats d'assurances ("L.C.A.");

L.I.R.

La loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ("L.I.R.");

Prestation décès

Le paiement d'un capital en cas de décès de l'Assuré avant la date d'expiration du contrat ;

Prestation vie

Le paiement d'un capital en cas de vie de l'Assuré à la date d'expiration du contrat;

Prestation rente

Le paiement d'une rente viagère en cas de vie de l'Assuré aux échéances prévues dans les Conditions Particulières ;

Prime

Le prix que nous demandons pour garantir les prestations demandées ;

Frais d'entrée

Montant prélevé sur les primes versées ;

Prime nette

Solde de chaque prime versée après déduction des taxes éventuelles et des frais d'entrée ;

Prime brute

Montant global de la prime, constituée de la prime nette, des taxes éventuelles et des frais d'entrée;

Fonds

Les fonds d'investissement à capital variable éligibles sont ceux indiqués dans la fiche technique ;

Arbitrage

Opération de désinvestissement en vue de réinvestir ;

Frais de gestion administratif

Montants prélevés pour l'administration du contrat ;

Prime de risque

Montants prélevés par l'assureur pour couvrir les risques rattachés aux garanties complémentaires ;

Épargne constituée

Valeur du contrat (accumulation des primes nettes de frais). Les primes de risque éventuelles seront prélevées sur cette épargne constituée.

Universal Life

nom générique incluant la déclinaison des produits d'assurance Bâloise-Life PLAN, Bâloise-Kid's PLAN et Bâloise-Pension PLAN.

2. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Le contrat prévoit le paiement au bénéficiaire des prestations assurées déterminées dans les Conditions Particulières du contrat, soit en cas de vie de l'Assuré au terme du contrat, soit en cas de décès de celui-ci avant son terme.

3. QUELLES SONT LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT ?

Universal Life est une assurance en cas de vie et en cas de décès, qui permet de combiner la sécurité avec un compartiment à taux garanti (chaque prime versée est capitalisée

jusqu'au dénouement du contrat au taux applicable au moment du paiement de celle-ci) avec la possibilité de participation aux bénéfices éventuelle et des opportunités de rendement conséquent avec le compartiment en unité de compte (pas de prestation garantie).

Les primes versées au fur et à mesure de la vie du contrat sont mises en réserve.

Le contrat peut prévoir le versement d'une prime unique et/ou de primes périodiques. Les modalités exactes sont indiquées dans les Conditions Particulières et varient selon le type de combinaisons d'assurances. La durée du contrat est fixée à la conclusion du contrat.

4. QUELLES SONT LES COMBINAISONS D'ASSURANCES ?

4.1. Bâloise - Life PLAN

Il s'agit d'une assurance d'une durée limitée qui garantit le paiement de l'épargne constituée du contrat :

- soit au terme du contrat si l'Assuré est en vie à ce moment ;
- soit lors du décès de l'Assuré si celui-ci décède avant le terme du contrat.

Il est possible de déterminer une prestation minimale en cas de décès, celle-ci sera mentionnée dans les Conditions Particulières.

4.2. Bâloise - Kid's PLAN

Il s'agit d'une assurance d'une durée limitée qui garantit le paiement de l'épargne constituée du contrat à une date déterminée. Cette épargne est constituée par les primes dont le montant est fixé dans le cadre des Conditions Particulières. En cas de décès avant le terme, et si l'option décès complémentaire a été souscrite, le solde des primes restant dues est versé en une fois sur le contrat et l'appel des primes est arrêté.

4.3. Bâloise - Pension PLAN

Il s'agit d'une assurance d'une durée limitée qui prévoit le paiement de l'épargne constituée du contrat :

- soit au terme du contrat si l'Assuré est en vie à ce moment ;
- soit lors du décès de l'Assuré si celui-ci décède avant le terme du contrat.

5. QUELLES SONT LES DÉCLARATIONS À EFFECTUER PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET L'ASSURÉ ?

5.1. Déclarations à la souscription du contrat

Les déclarations écrites du Preneur d'assurance et de l'Assuré forment la base du contrat.

Le Preneur d'assurance répond de l'exactitude des déclarations de l'Assuré.

Toute omission ou déclaration inexacte se voit appliquer les régimes prévus par les articles 12 et 13 L.C.A., suivant que l'omission ou la déclaration inexacte est intentionnelle ou non.

Bâloise Vie Luxembourg S.A. est en droit d'invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du Preneur d'assurance ou de l'Assuré pendant un an, à compter de la prise d'effet du contrat.

Le contrat d'assurance prévoyant à titre principal des prestations en cas de décès conclu sur la tête d'un tiers nécessite le consentement écrit de ce dernier.

Le même consentement est requis pour toute modification ultérieure du contrat, visant à :

- augmenter de façon substantielle les prestations prévues ;
- modifier la clause d'attribution bénéficiaire ;
- céder ou mettre en gage les droits résultant du contrat.

Si l'âge de la personne assurée est inexactement déclaré lors de la souscription du contrat, les prestations de chacune des parties sont réduites ou augmentées en fonction de l'âge réel qui aurait dû être pris en considération.

5.2. Déclarations à la souscription du contrat

Pendant toute la durée du contrat le Preneur d'assurance et l'Assuré doivent aviser la Compagnie au plus tôt :

- du transfert de la résidence vers un pays hors de la Communauté Européenne ;
- du changement d'activité professionnelle de l'Assuré ;
- de tout changement des activités sportives ou de loisirs pratiqués par l'Assuré.

Dans ces cas et pour autant que la Compagnie n'aurait consenti à l'assurance qu'à d'autres conditions que celles existantes, elle peut, si nécessaire, endéans un délai d'un mois à compter du jour où elle en a eu connaissance, proposer au Preneur le paiement de la surprime adéquate pour maintenir l'intégralité des garanties assurées, ou le cas échéant, l'informer de l'impossibilité de garantir le risque modifié.

6. QUELLE EST LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET SA DURÉE ?

Le contrat existe dès la signature des parties contractantes et du paiement de la première prime.

Le contrat prend effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières. Le contrat d'assurance est conclu pour la durée prévue aux Conditions Particulières.

Les effets du contrat cessent le lendemain à zéro heure des dates indiquées aux Conditions Particulières.

7. COMMENT POUVEZ-VOUS RENONCER AU CONTRAT ?

Le Preneur d'assurance dispose d'un délai de 30 jours calendrier à compter du moment à partir duquel il est informé que le contrat est conclu pour renoncer aux effets de ce contrat, si la durée de celui-ci dépasse six mois.

Par ailleurs, le Preneur peut résilier les contrats souscrits en couverture ou en reconstitution d'un crédit qu'il a sollicité, dans les 30 jours à compter du moment où le Preneur a connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé.

La renonciation doit être faite par l'envoi à Bâloise Vie Luxembourg S.A. d'une lettre recommandée par laquelle le Preneur se libère pour l'avenir de toute obligation découlant du contrat.

Le renon, signé par le Preneur d'assurance, peut être rédigé en ces termes :

J'ai le regret de devoir vous informer de mon intention de résilier le contrat N°....., pour lequel j'ai versé une prime de Euro le

Je vous prie de bien vouloir me rembourser dans un délai de 15 jours sur le compte N° ouvert auprès de la banque :, suivi de votre nom, adresse et de votre signature.

Le remboursement de la prime payée, sous déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque, se fera dans un délai de quinze jours après réception de l'original du contrat.

8. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE ?

La prestation décès est couverte dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions ci-après :

1. La prestation décès supérieure à l'épargne constituée du contrat ne sera jamais payée si le décès survient dans les circonstances suivantes :

- **le suicide de l'Assuré survenu moins d'un an après la conclusion ou la remise en vigueur du contrat, ce même délai s'applique à toute augmentation de la prestation décès, il court à partir de la date d'effet de l'augmentation ;**
- **l'euthanasie ou l'assistance au suicide de l'assuré survenue dans le cadre des dispositions de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, moins d'un an après la conclusion ou la remise en vigueur du contrat, ce même délai s'applique à toute augmentation de la prestation décès, il court à partir de la date d'effet de l'augmentation ;**
- **le décès de l'Assuré, civil ou militaire, résultant directement ou indirectement soit de l'action offensive ou défensive d'une puissance belligérante, soit de la participation active à la répression d'une émeute ou de troubles civils ;**

- **le fait intentionnel de l'Assuré ou l'instigation du Preneur d'assurance ou d'un Bénéficiaire ou de toute autre personne ayant, de façon directe ou indirecte, un intérêt au contrat, sauf en cas de légitime défense ou de sauvetage et d'accomplissement du devoir professionnel ;**
- **le résultat d'une condamnation judiciaire à la peine capitale ou lorsqu'il a pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'Assuré est auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.**

2. Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, le décès de l'Assuré est exclu lorsqu'il résulte :

- **d'un accident d'appareil de locomotion aérienne :**
 - **en tant que pilote ou membre du personnel de bord d'appareils de navigation aérienne ;**
 - **à l'occasion de compétitions, d'exhibitions, raids, vol d'entraînements, essais de vitesse, records ou tentatives de records ;**
- **d'un saut en parachute, sauf en cas de détresse de l'appareil de navigation ;**
- **de l'utilisation d'appareil deltaplane ou ULM ;**
- **d'un saut dans le vide à l'élastique (Bungee-Jumping) ;**
- **de courses de vitesse ou d'entraînement sur les pistes de concours pour les sports suivants : automobile, canot automoteur, bicyclette, vélomoteur et motocycle.**

Bâloise Vie Luxembourg S.A. est tenue d'établir le fait qui, en vertu des dispositions du présent article, entraîne l'exclusion de la garantie.

Dans tous les cas d'exclusion de garantie, Bâloise Vie Luxembourg S.A. paiera toutefois au Bénéficiaire, en cas de décès de l'Assuré, la valeur de rachat calculée au jour du décès et **limitée au maximum à la prestation décès.**

9. QUELLES SONT LES RÈGLES APPLICABLES AU PAIEMENT DE VOS PRIMES ?

9.1. Paiement des primes

Le Preneur d'assurance paie les primes ou fractions de primes dont le montant, la modalité de paiement et la durée de versement sont précisés aux Conditions Particulières.

Sauf pour le cas de la domiciliation bancaire ou d'ordre permanent, l'Assureur adresse au Preneur d'assurance à chaque échéance un avis de paiement indiquant le montant de la prime.

Les primes, y compris la première, sont payables au domicile de Bâloise Vie Luxembourg S.A. dans les dix jours de leur échéance.

9.2. Non-paiement des primes

A défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans les dix jours de son échéance, Bâloise Vie Luxembourg S.A. adresse au dernier domicile connu du Preneur d'assurance, par lettre recommandée, une mise en demeure rappelant la date d'échéance, le montant des primes impayées, ainsi que les conséquences du défaut de paiement à l'expiration du délai indiqué ci-avant.

Si la prime reste impayée dans les trente jours suivant l'envoi de la lettre recommandée, la Compagnie suspend l'appel des primes. La couverture prévue en cas de décès ainsi que la (les) garantie(s) complémentaire(s) éventuelle(s) est (sont) maintenue(s) aussi longtemps que la (les) prime(s) relative(s) au(x) risque(s) peu(ven)t être prélevée(s) sur l'épargne constituée du contrat.

Tous les mois, Bâloise Vie Luxembourg S.A. vérifiera si l'épargne constituée à trois mois est suffisante pour payer les trois primes de risque à venir. Si l'épargne constituée est insuffisante, un courrier sera envoyé au client afin de l'informer de l'insuffisance et que son contrat prendra automatiquement fin à l'issue des trois mois si aucun versement n'est fait sur le contrat.

L'assureur n'est pas responsable des éventuelles fluctuations boursières pouvant réduire ou augmenter l'épargne constituée.

10. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

10.1. Désignation du Bénéficiaire

Le Preneur d'assurance a la possibilité de désigner un ou plusieurs Bénéficiaires.

Le Preneur d'assurance peut modifier en tout temps l'attribution de bénéfice stipulée au contrat et non encore acceptée par écrit. Ce changement ne sera opposable à Bâloise Vie Luxembourg S.A. qu'au moment où elle en sera avisée par une déclaration écrite du Preneur d'assurance.

L'acceptation de bénéfice par le Bénéficiaire désigné peut avoir lieu à tout moment, même après que les prestations d'assurance soient devenues exigibles.

Tant que le Preneur d'assurance est en vie, l'acceptation ne peut se faire que par un avenant à la police, signé par le Bénéficiaire, le Preneur d'assurance et Bâloise Vie Luxembourg S.A..

Après le décès du Preneur d'assurance, l'acceptation peut être expresse ou tacite. Elle n'a toutefois effet à l'égard de Bâloise Vie Luxembourg S.A. que si elle lui est notifiée par écrit.

10.2. Rachat

Le Preneur d'assurance peut demander le rachat du contrat en adressant une déclaration écrite à Bâloise Vie Luxembourg S.A..

Le rachat consiste en la résiliation du contrat par le Preneur d'assurance moyennant paiement par la Compagnie de la valeur de rachat.

Cette valeur de rachat est calculée conformément à la note technique élaborée par Bâloise Vie Luxembourg S.A. et notifiée au Commissariat aux Assurances.

Lorsque la valeur de rachat est nulle au moment de son calcul, le contrat est résilié sans qu'il n'y ait lieu à un paiement quelconque.

10.3. Transformation

Le Preneur d'assurance peut demander à tout moment la transformation du contrat qui se fera sur base de l'âge atteint par l'Assuré à ce moment et sur base du tarif en vigueur au moment de la transformation.

La Compagnie peut subordonner la transformation du contrat au résultat favorable d'examen médicaux de l'Assuré.

10.4. Cession

A tout moment, le Preneur d'assurance peut demander par écrit à la Compagnie de céder en tout ou en partie les droits résultant du contrat.

En cas d'acceptation de bénéfice, l'exercice du droit de cession est conditionné à l'accord du Bénéficiaire acceptant.

La cession ne peut s'opérer que par avenant signé par le cédant, le cessionnaire et Bâloise Vie Luxembourg S.A..

11. RÈGLEMENT DE LA PRESTATION DUE

Bâloise Vie Luxembourg S.A. paie, contre quittance de règlement, au Bénéficiaire désigné dans les Conditions Particulières, la prestation devenue exigible au plus tard dans les trente jours de la réception des pièces suivantes :

- le ou les exemplaires du contrat et des avenants éventuels ;
- une copie de la carte d'identité en cours de validité du Bénéficiaire.

La Compagnie exige en outre :

1. En cas d'expiration du contrat :

- un certificat de vie de l'Assuré,

2. En cas de décès de l'Assuré :

- un extrait de l'acte de décès de l'Assuré ;
- un certificat d'un médecin établissant les circonstances et la cause du décès, rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'Assuré lors de sa dernière maladie ou, en cas de décès inopiné, par le médecin qui a constaté le décès ; (ce certificat devant être remis au médecin-conseil de Bâloise Vie Luxembourg S.A.) ;
- un acte de notoriété ou tout autre acte établissant les

droits des Bénéficiaires lorsqu'ils n'ont pas été nominativement désignés.

La Compagnie se réserve le droit de demander toutes pièces qu'elle juge utiles pour établir le droit à la prestation.

12. PARTICIPATION BÉNÉFICIAIRE

En fonction de ses résultats techniques et financiers, Bâloise Vie Luxembourg S.A. décide d'attribuer gratuitement, sur le compartiment « Taux garanti », une partie des bénéfices au profit d'une catégorie déterminée de contrats d'assurance : Bâloise-Life PLAN, Bâloise Kid's PLAN et Bâloise-Pension PLAN. Ainsi, elle fixe annuellement le pourcentage de distribution des bénéfices selon des modalités approuvées par le Commissariat aux Assurances.

Le pourcentage varie d'année en année et n'est pas garanti. La Compagnie décide les catégories de contrat participant à la distribution des bénéfices. Elle peut notamment fixer des minima par rapport à la prime annuelle et/ou aux prestations assurées. Elle peut aussi exclure certains types d'assurance.

La **participation bénéficiaire** consiste à augmenter gratuitement l'épargne constituée du contrat en maintenant les primes. A la souscription, le Preneur peut opter pour la majoration spéciale des primes au taux renseigné aux Conditions Particulières, cette option a pour effet d'augmenter au taux choisi, à chaque échéance anniversaire du contrat, de manière géométrique, la prime versée. Pour les dix dernières échéances de primes, ce taux est cependant plafonné à 3,00%.

Chaque année, le Preneur d'assurance sera informé du montant de la nouvelle prime. Le Preneur pourra renoncer à la majoration spéciale des primes moyennant une demande adressée à la Compagnie par lettre recommandée. Une fois la renonciation actée, une remise en vigueur de cette option n'est plus possible.

13. COMMUNICATION

Toute communication du Preneur, de l'Assuré, du Bénéficiaire ou toute personne ayant un intérêt, relative au contrat d'assurance est à adresser par écrit à la Compagnie.

Les notifications que Bâloise Vie Luxembourg S.A. doit faire au Preneur d'assurance en vertu des présentes conditions ou de la loi sur le contrat d'assurance, peuvent être valablement faites à la dernière adresse connue par la Compagnie.

En cas de changement de domicile du Preneur d'assurance, ce dernier doit en informer, par écrit et dans le meilleur délai, la Compagnie.

Si vous deviez déménager aux Etats-Unis d'Amérique, veuillez noter que nous ne pourrions pas vous y adresser de courrier. Il faudra que vous nous communiquiez une adresse en dehors des Etats-Unis d'Amérique à laquelle nous pourrions continuer

à vous adresser la correspondance vous étant destinée.

14. ECHANGE AUTOMATIQUE D'INFORMATIONS / FATCA

En tant qu'institution financière, Bâloise Vie Luxembourg S.A. est soumise aux dispositions dites de « l'échange automatique d'informations » de la loi relative à la Norme commune de déclaration, concernant l'échange automatique de renseignements relatifs aux comptes financiers en matière fiscale, portant transposition de la Directive Européenne 2014/107/UE du 9 décembre 2014 ainsi qu'aux dispositions de la loi dite «FATCA» (Foreign Account Tax Compliance Act) de la loi du 24 juillet 2015.

Durant la vie du contrat, le Preneur d'assurance doit immédiatement signaler à Bâloise Vie Luxembourg S.A. tout changement quant à sa résidence fiscale (ou celle(s) de l'une des personnes qui le contrôle dans le cas des entités).

De même, durant la vie du contrat, le Preneur d'assurance doit immédiatement signaler à Bâloise Vie Luxembourg S.A. si lui, ou l'une des personnes qui le contrôle dans le cas des entités, change de statut et devient une «US Person» ou devient résident fiscal américain. Il est également obligatoire de reporter tout changement de statut pour les entités. Cette déclaration est également obligatoire si l'une de ces personnes perd son statut de «US Person» ou n'est plus résident fiscal américain.

Après la conclusion du contrat, si des indices en rapport avec un changement de résidence fiscale ou avec un changement de statut de résident fiscal américain au regard de FATCA sont détectés concernant le preneur d'assurances ou la personne qui le contrôle, Bâloise Vie Luxembourg S.A. se devra de procéder à certaines vérifications.

Le Preneur d'Assurance s'engage à coopérer avec Bâloise Vie Luxembourg S.A. pour déterminer son propre statut et s'engage à exiger des autres personnes éventuellement concernées qu'elles coopèrent également. Le devoir de coopération implique spécifiquement l'obligation de fournir des réponses complètes et exactes aux questions qui seront posées par Bâloise Vie Luxembourg S.A. et à fournir un nouveau formulaire d'identification fiscale.

Le statut de résident fiscal américain ou le statut FATCA sont déterminés exclusivement par la législation en vigueur aux USA au moment de l'analyse du statut.

Si le Preneur d'Assurance ne respecte pas ses obligations de déclaration et de coopération envers Bâloise Vie Luxembourg S.A., cette dernière pourrait être en droit de mettre fin au contrat, en fonction de la législation applicable.

Le terme « entités » signifie toute personne morale ou construction juridique incluant entre autres les sociétés, les associations et fondations, les sociétés de fait et les entreprises individuelles, les trusts.

L'expression « personne qui le contrôle » signifie toute personne physique qui exerce un contrôle sur une entité. Ceci inclut en particulier les personnes physiques suivantes : actionnaires (détenant au moins 25% du capital social), bénéficiaires économiques, bénéficiaires et membres du comité de direction ou administrateurs. Les données à caractère personnel recueillies sur base de la législation luxembourgeoise concernant l'échange automatique d'informations et FATCA seront traitées et transférées conformément aux dispositions de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont destinées aux finalités prévues par l'Accord multilatéral entre Autorités compétentes concernant l'échange automatique de renseignements relatifs aux comptes financiers, signé à Berlin le 29 octobre 2014 et de la loi modifiée du 29 mars 2013 relative à la coopération administrative dans le domaine fiscal.

Lorsque le statut d'US Person est établi ou lorsqu'il est résident fiscal d'un autre pays que le Luxembourg, Bâloise Vie Luxembourg S.A. est, suivant la législation applicable au Luxembourg, dans l'obligation de reporter à l'administration des contributions directes (ainsi qu'à l'autorité compétente de la juridiction soumise à déclaration) certaines informations concernant le ou les contrats du Preneur d'Assurance (et potentiellement concernant les autres contrats conclus avec Bâloise Vie Luxembourg S.A. et qui sont visés par la législation).

Les autres modalités relatives à l'exploitation des données personnelles dans le cadre du présent article, sont décrites à l'annexe 9 Conditions Générales.

15. FRAIS BANCAIRES

Les frais relatifs aux transferts de sommes entre les comptes bancaires de la Compagnie et ceux du Preneur d'assurance ou du Bénéficiaire sont respectivement à charge du Preneur d'assurance ou du Bénéficiaire.

16. IMPÔTS ET TAXES

Les frais des pièces justificatives, les droits de timbre et d'enregistrement, ainsi que tous les autres impôts et taxes actuels ou futurs prévus par la loi et les règlements du Grand-duché du Luxembourg, comme par l'état de résidence du Preneur, qui frappent les contrats, dues ou à devoir, sont à charge du Preneur d'assurance ou des ayants droit ou, le cas échéant, des Bénéficiaires.

Les impôts et autres charges éventuels 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.

La législation fiscale du pays de résidence du défunt et/ou la loi du pays de résidence du Bénéficiaire sont applicables en matière de droits de succession.

17. RÉGIME FISCAL APPLICABLE

En annexe des présentes Conditions Générales, la Compagnie met à disposition des fiches informatives décrivant le régime fiscal applicable pour les résidents luxembourgeois, belges et français.

18. CONTESTATION

Si malgré les efforts déployés par la Compagnie pour résoudre les problèmes qui peuvent survenir au cours du contrat, le Preneur d'assurance n'a pas obtenu une réponse satisfaisante, il est invité à faire part de ses doléances par écrit à la Direction de la Compagnie.

Il peut également s'adresser à l'organisme de médiation institué sur l'initiative de l'Association des Compagnies d'Assurances et de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs ou au Commissariat aux Assurances, dont les bureaux sont établis à L-1840 Luxembourg, 7, boulevard Joseph II, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

19. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

Le présent contrat est régi par la législation luxembourgeoise.

Toute contestation née à l'occasion du présent contrat sera de la compétence exclusive des Tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg.

20. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite après trois ans à compter de l'événement qui y donne ouverture. Toutefois lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

En ce qui concerne l'action du Bénéficiaire, le délai court à partir du jour où celui-ci a connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de Bénéficiaire et de la survenance de l'événement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

VOTRE INVESTISSEMENT

21. CONSTITUTION DE L'ÉPARGNE DANS LE COMPARTIMENT FONDS D'INVESTISSEMENT

Afin de vous proposer les meilleures conditions pour constituer votre portefeuille, nous collaborons qu'avec des promoteurs et des gestionnaires de fonds renommés. Vous avez la possibilité d'opter pour un ou plusieurs fonds parmi une sélection de fonds d'investissement.

Votre contrat est lié à des fonds d'investissements externes. Nous ne nous engageons que sur le nombre d'unités de comptes rattachés à votre contrat et pas sur leur valeur. La valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur des actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. Nous ne garantissons donc pas la préservation du capital investi dans votre contrat.

Votre contrat ne prévoit pas de garantie de fidélité et ne peut être sujet à réduction.

Nous ne garantissons donc ni rendement minimal ou tout autre rendement pour votre contrat.

21.1. Fonds

Les supports financiers proposés au titre des contrats Bâloise – Life PLAN, Bâloise – Pension PLAN et Bâloise – Kid's PLAN sont des fonds libellés en unités de compte. Les unités de compte de référence sont des unités de compte de parts d'OPCVM .

Les caractéristiques principales des supports vous sont communiquées conformément à ce qui est mentionné à l'article 21.2 des présentes Conditions Générales.

Vous assumez totalement la responsabilité de vos choix de supports d'investissements ainsi que toutes les conséquences qui peuvent en résulter. La Compagnie d'Assurance refuse toute responsabilité à cet égard. La valeur de votre contrat dépend de la valeur des unités des fonds d'investissements liés à votre contrat, lesquels fluctuent à la hausse comme à la baisse en fonction de l'évolution des marchés financiers. Les risques financiers liés au choix des fonds d'investissements liés à votre contrat est entièrement supporté par vous.

21.2. Informations relatives aux fonds qui doivent vous être remises avant la conclusion du Contrat

Pour tout fonds externe dans lequel vous investissez, vous êtes en droit, avant la conclusion du contrat ou au moment de l'investissement dans le fonds sélectionné, de demander et de recevoir, sans frais, les informations mentionnées ci-dessous.

Par ailleurs, vous pouvez demander, gratuitement une fois par an, de recevoir une version actualisée de ces informations, ainsi qu'un état annuel de l'évolution de votre contrat. Vous pouvez notamment exiger des informations sur la dernière performance annuelle des fonds qui composent votre contrat.

21.3. Fonds externes

- le nom du fonds et éventuellement du sous-fonds ;
- le nom de la société de gestion du fonds ou du sous-fonds ;
- la politique d'investissement du fonds, y compris sa spécialisation éventuelle à certains secteurs géographiques ou économiques ;

- toute indication existant dans l'Etat d'origine du fonds, ou à défaut dans l'Etat de résidence du Preneur d'assurance, quant à une classification du fonds par rapport au risque ou quant au profil de l'investisseur type ;
- la nationalité du fonds et l'autorité compétente en matière de surveillance prudentielle ;
- la conformité ou non à la directive modifiée 2009/65/CEE ;
- la date de lancement du fonds et le cas échéant sa date de clôture ;
- la performance historique annuelle du fonds pour chacun des cinq derniers exercices ou à défaut depuis la date du lancement ;
- l'adresse électronique auprès de laquelle peuvent être obtenus ou consultés le prospectus et les rapports annuels et semestriels du fonds ;
- les modalités de publication des valeurs d'inventaire du fonds ;
- toute restriction éventuelle du droit de remboursement des parts à première demande.

21.4. Unité

Chaque fonds est subdivisé en unités représentatives des parts ou actions des fonds. Une unité représente une fraction d'un fonds.

Les unités des fonds ne sont pas négociables.

La valeur liquidative ou "prix" dépend de la performance des différents actifs sous-jacents, détenus par le fonds. Ainsi le(s) Preneur(s) d'assurance participe(nt) directement à la performance des différents actifs.

21.5. Prix

Le prix d'une unité est déterminé en divisant la valeur du fonds concerné à la date de valorisation correspondante par le nombre d'unités en circulation à cette date.

Nous vous prions de vous reporter aux prospectus des différents fonds pour tous détails sur les modalités de valorisation ainsi que sur la périodicité des dates de valorisation.

21.6. Clôture de fonds externe

Lorsque le Gestionnaire du fonds externe nous signale clôturer ledit fonds ou un compartiment de celui-ci, nous plaçons les actifs dans un fonds sans risque de placement et nous vous en informons dès que possible afin que vous puissiez nous faire parvenir une demande d'arbitrage vers un autre fonds, sans frais.

Ainsi, il se pourrait qu'un fonds ne soit plus disponible pour des investissements ultérieurs.

Si un des compartiments du fonds ne peut plus être proposé

ou est supprimé voire dissout, pour quelque raison que ce soit, nous vous proposerons un arbitrage sans frais de ce fonds vers un autre fonds, de même nature, offrant une stratégie d'investissement similaire. A défaut de support de même nature, l'épargne constituée sur un fonds dissout ou supprimé sera transférée sans frais sur un fonds monétaire.

De même nous pourrions être amenés à clôturer un fonds, notamment afin de protéger les intérêts financiers des assurés, par exemple lorsque les actifs sous-jacents ne peuvent plus garantir une gestion rentable du fonds.

Nous vous prions de vous reporter aux différents prospectus des fonds pour toutes précisions concernant la procédure à suivre en cas de clôture d'un fonds externe.

En cas de liquidation d'un fonds externe, vous aurez le choix de transférer, sans frais, les avoirs investis dans le fonds clôturé vers un autre fonds externe choisi sur la liste des fonds externes disponibles auprès de Bâloise Vie Luxembourg S.A.

22. CONSTITUTION DE L'ÉPARGNE DANS LE COMPARTIMENT TAUX D'INTÉRÊT GARANTI

Vous avez également la possibilité d'investir la totalité ou une partie de vos primes dans le compartiment avec un taux d'intérêt garanti. La prime versée est capitalisée au taux d'intérêt en vigueur à la date de paiement. Le taux d'intérêt technique lié à la constitution de la réserve d'une prime continue de s'appliquer pendant la période durant laquelle la prime reste investie de manière ininterrompue dans le même compartiment.

Pour cette partie, l'épargne constituée peut participer chaque année à nos bénéfices.

23. ARBITRAGE

Pour un contrat Bâloise – Life PLAN ou Bâloise – Kid's PLAN, vous pouvez à tout moment demander par écrit un arbitrage d'un ou plusieurs fonds vers un ou plusieurs autres fonds ou entre les compartiments.

Pour un contrat Bâloise – Pension PLAN, vous pouvez à tout moment demander par écrit un arbitrage d'un ou plusieurs fonds vers un ou plusieurs autres fonds sous réserve que la nouvelle allocation des actifs soit conforme aux termes de l'article 111bis LIR.

Pour la partie liée à des fonds, le désinvestissement des unités ainsi que le réinvestissement de la contre-valeur correspondant sont effectués conformément aux prospectus des différents fonds.

24. QUELS FRAIS S'APPLIQUENT AUX CONTRATS BÂLOISE – LIFE PLAN, BÂLOISE – KID'S PLAN ET BÂLOISE – PENSION PLAN ?

24.1. Frais d'entrée

Les frais d'entrée exprimés en pourcent sont prélevés sur chaque prime versée avant l'investissement. Ils s'élèvent au maximum à 4,5% de la prime (dont une partie est versée à l'intermédiaire dans le cadre de sa mission) et sont mentionnés dans les Conditions Particulières.

Le détail de ceux-ci est communiqué à tout moment au Preneur qui en fait la demande.

24.2. Frais de gestion

Pendant toute la durée du Contrat, des frais de gestion seront calculés chaque mois et prélevés proportionnellement par retrait partiel sur le contrat d'assurance (dont une partie est versée à l'intermédiaire dans le cadre de sa mission), en euros.

Le détail de ceux-ci est communiqué à tout moment au Preneur qui en fait la demande.

Nous nous réservons le droit de réviser ces frais après 5 ans, au cas où ils ne couvriraient pas les frais réels occasionnés. Cette révision fera l'objet d'un avenant au présent Contrat.

Nous vous prions de vous référer aux conditions particulières pour vous permettre de connaître les bases de calcul servant à déterminer les montants dus au titre de frais de gestion du contrat d'assurance.

24.3. Frais d'encaissement

Pour chaque prime programmée dont le fractionnement n'est pas annuel et pour autant que celle-ci ne soit pas réglé par l'intermédiaire d'un mandat SEPA, des frais supplémentaires de 3,00% seront prélevés.

24.4. Frais d'arbitrage

Vous pouvez procéder à un arbitrage gratuit par année civile. Pour tout arbitrage supplémentaire, nous appliquons des frais d'un montant égal à 1.0% de la valeur en Euro des unités désinvesties, avec toutefois un maximum de 500 Euro.

24.5. Rachat et valeur de rachat

La valeur de rachat du contrat est égale à la somme des valeurs de chacun des compartiments dans lesquels vous avez investi, à laquelle une pénalité de 10% est appliquée, cette pénalité diminue de 1,00% par an pendant les dix dernières années du contrat pour être égale à 0% à la date du terme prévu. La valeur de chaque fonds est égale au nombre d'unités de chaque fonds multiplié par la valeur de ces unités au moment du rachat.

En considérant des frais de gestion de 0.10% par mois - hors rachats partiels antérieurs - l'évolution pour cent unités est la suivante :

Nombre d'unités à la souscription	100
Nombre d'unités après 1 an	98,80658

Nombre d'unités après 2 ans	97,62740
Nombre d'unités après 3 ans	96,46229
Nombre d'unités après 4 ans	95,31109
Nombre d'unités après 5 ans	94,17363
Nombre d'unités après 6 ans	93,04974
Nombre d'unités après 7 ans	91,93926
Nombre d'unités après 8 ans	90,84204

Pour tout autre nombre d'unités de compte investies, leur nombre évoluera dans le temps dans ces proportions. Ainsi pour 500 unités investies à la souscription, il en resterait $500 \times 94,17363\% = 470,86813$ unités après 5 ans.

25. COMMENT INVESTISSONS-NOUS VOS PRIMES ?

25.1. Primes minimales

Le montant de la prime minimale s'élève par contrat à

- Mensuellement 50 €
- Trimestriellement 150 €
- Semestriellement 250 €
- Annuellement 500 €

Vous pouvez également verser une prime unique minimale de 2 500 Euro. Vous pouvez par la suite procéder à d'autres paiements, avec un minimum de 100 Euro.

25.2. Répartition des primes

Chaque versement de prime, déduction faite des frais d'entrée, est attribué au Contrat sous forme d'unités des fonds sélectionnés et ou investis dans le compartiment à taux garanti. La prime, effectivement encaissée par la Compagnie d'Assurance, est réputée être investie dans les fonds d'investissement à compter de la date de valorisation dudit fond (telle que décrite dans les prospectus du fonds) qui suit immédiatement le paiement de la prime. Dès la conclusion du Contrat, vous déterminez librement la répartition de votre prime dans les différents compartiments dans lequel la prime doit être investie. Cette répartition doit toutefois être effectuée conformément aux éventuelles restrictions prévues dans les prospectus des différents fonds. En l'absence de notification contraire, le choix initial s'applique également à chaque nouveau versement de primes.

25.3. Modification de la répartition des primes

Lorsque d'autres primes doivent être versées dans le contrat, vous pouvez demander par écrit une modification de la répartition des primes à verser entre les compartiments. Les primes futures seront converties conformément à la nouvelle répartition sans modifier la répartition des unités déjà investies.

26. QUE DOIT-ON RESPECTER LORS DU VERSEMENT DES PRIMES ?

26.1. Devise

Chaque règlement doit être effectué dans la devise contractuelle qui est l'Euro.

26.2. Prime unique et versement libre

La prime unique ou la première prime est payable, conformément aux dispositions indiquées dans la Proposition d'Assurance, à la date à laquelle la proposition d'assurance est signée.

Le contrat ne prendra effet à la date mentionnée dans les Conditions Particulières.

Après l'entrée en vigueur du Contrat, vous pouvez demander à verser des versements libres dans le même contrat d'assurance. Il convient de nous adresser une demande écrite. Nous vérifions chaque demande individuellement. Dans tous les cas, nous n'accepterons pas une demande de versement dont le montant est inférieur au minimum prévu à l'article 24.1.

27. DANS QUELLES CONDITIONS POUVEZ-VOUS PROCÉDER À DES RACHATS DU CONTRAT ?

27.1. Rachat partiel

Le rachat partiel peut être effectué à tout moment à l'expiration d'un délai de dix ans. Il requiert une demande écrite de votre part mentionnant les modalités de rachat et une attestation certifiant que le Preneur d'Assurance et/ou l'assuré sont toujours en vie. En l'absence d'instructions contraires de votre part, le rachat partiel sera effectué proportionnellement sur chaque fonds détenu.

Dans l'hypothèse où le bénéficiaire du contrat aurait accepté le bénéfice fait à son profit, la demande de rachat devra également être signée par le(s) bénéficiaire(s) acceptant.

Nous désinvestissons de votre contrat le nombre correspondant d'unités de fonds, en nous conformant à cet égard aux prospectus du fonds.

27.2. Rachat total

Vous pouvez à tout moment procéder au rachat total du Contrat en nous informant par écrit de votre intention.

Cette demande doit être signée. Dans l'hypothèse où le bénéficiaire du contrat aurait accepté le bénéfice fait à son profit, la demande de rachat devra également être signée par le(s) bénéficiaire(s) acceptant.

La demande de rachat total doit comporter par ailleurs les

documents suivants :

- le Contrat et l'ensemble des éventuels avenants ;
- une copie de la carte d'identité du Preneur d'Assurance ;

En cas de rachat total du contrat, nous désinvestissons l'ensemble des unités attribués au contrat, en nous conformant le cas échéant aux prospectus des différents fonds.

En cas de rachat total, le Contrat prendra alors fin.

27.3. Rachat minimum et modalités de paiement

Un montant minimum de 750 Euros s'applique aux rachats uniques. Les rachats ne sont effectués qu'à condition qu'un nombre suffisant d'unités soit attribué au Contrat à la date du rachat, et que la valeur contractuelle atteigne au minimum 2 500 Euros après le rachat.

Nous désinvestissons de votre contrat le nombre correspondant d'unités de fonds en nous conformant à cet égard aux prospectus des différents fonds. En l'absence de toute autre convention, les rachats sont effectués au bénéfice du Preneur. Les rachats seront en principe effectués par virement sur un compte bancaire ouvert au nom du Preneur d'Assurance dans les trente jours suivant la réception de la quittance signée, qui fait état des modalités de paiement souhaitées.

27.4. Suspension du rachat

Si des circonstances exceptionnelles l'exigent, et pour sauvegarder vos intérêts, nous pourrions suspendre temporairement toute ou une partie des opérations de rachat. Vous serez immédiatement informés.

(Voir aussi à ce sujet les prospectus des fonds).

27.5. Valeurs de rachat

27.5.1. Remarque préalable

Compte tenu du caractère du contrat, il n'existe pas de valeurs de rachat minimales exprimées en euros de la totalité du contrat du Preneur d'Assurance. Les valeurs de rachat indiquées ci-dessous sont données à titre d'exemple et ne prennent pas en compte les éventuels versements ou rachats partiels ultérieurs.

27.5.2. Exemple

À titre d'exemple, le tableau ci-après décrit l'évolution, sur les huit premières années, de la valeur de rachat exprimée en nombre de parts d'unités de compte d'un investissement initial représentant 100 unités, correspondant à une somme brute théorique versée de 1 000 Euros, en considérant des frais de gestion de 0,1% par mois - hors rachats partiels antérieurs ou souscription d'une des options de garantie décès complémentaire, telle que décrit à l'article 12.

Pour tout autre nombre d'unités de compte investies que mentionné ci-dessous, leur nombre évoluera dans le temps dans ces proportions. Ainsi pour 500 unités investies à la souscription, il en resterait $500 \times 94,17363\% = 470,86813$ unités après 5 ans.

Au terme de l'année	Nombre d'Unités de Compte minimal garanti	Cumul des versements bruts versés au terme de l'année
1	98,80658	1000 €
2	97,62740	1000 €
3	96,46229	1000 €
4	95,31109	1000 €
5	94,17363	1000 €
6	93,04974	1000 €
7	91,93926	1000 €
8	90,84204	1000 €

Les prélèvements effectués sur la provision mathématique du contrat ne sont pas plafonnés en nombre d'unités de compte.

La valeur de rachat du Contrat (ou valeur du Contrat) est égale à la somme des valeurs de chacun des fonds dans lesquels votre contrat est investi. La valeur de chaque fonds est égale au nombre d'unités de chaque fonds multiplié par la valeur de ces unités au moment du rachat.

Pour les supports en unités de compte, nous nous engageons que sur le nombre d'unités de compte, mais pas sur leur valeur ; il est également précisé que la valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

28. COMMENT DÉSIGNER DES BÉNÉFICIAIRES ET COMMENT MODIFIER VOTRE CHOIX ?

Vous pouvez désigner dans la proposition d'assurance ou par écrit adressé à la société Bâloise Vie Luxembourg S.A. une ou plusieurs personne(s) en qualité de bénéficiaire(s), destiné(s) à recevoir les prestations prévues par le contrat en cas de vie ou de décès.

Votre qualité de preneur d'assurance vous permet de révoquer à tout moment un bénéficiaire avant le terme du contrat. La révocation n'entre en vigueur qu'à dater de la réception par nos soins d'une déclaration expresse écrite de votre part. Le cachet de la poste fait foi. La désignation d'un autre bénéficiaire ne signifie pas automatiquement l'annulation de la nomination antérieure d'un bénéficiaire existant, à moins que le preneur d'assurance ne révoque expressément la précédente nomination.

Dans l'hypothèse où un bénéficiaire vient à accepter le bénéfice, vous ne pourrez plus modifier la clause bénéficiaire, procéder à un rachat, à un arbitrage, mettre en gage le contrat, céder votre contrat, les droits y attachés, sans l'autorisation du bénéficiaire acceptant.

Tant que vous êtes en vie, l'acceptation de bénéfice se fait par avenant à votre contrat portant votre signature, la signature du bénéficiaire et la nôtre.

Après votre décès, l'acceptation du bénéfice peut être expresse ou tacite mais elle n'a d'effet à notre égard que si elle nous est notifiée.

La désignation d'un bénéficiaire sera considérée comme nulle dans les circonstances suivantes :

- a. en cas de décès du bénéficiaire, avant que la prestation prévue en cas de décès ou au terme du contrat d'assurance ne vienne à échéance conformément au contrat ;
- b. en cas de rachat du contrat par le preneur d'assurance ;
- c. en cas de cession ou de gage du contrat par le preneur d'assurance au profit d'un tiers et si cette cession/ce gage nous a été notifié(e) par écrit.

En présence de plusieurs bénéficiaires à la date d'échéance des prestations, le capital prévu en cas de décès ou au terme du contrat leur sera versé à parts égales, sauf instructions contraires transmises par écrit.

ANNEXE 1 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DÉCÈS LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN, BÂLOISE – KID'S PLAN ET BÂLOISE – PENSION PLAN

1. QUELLE EST LA PRESTATION PRÉVUE EN CAS DE DÉCÈS ?

1.1. Bâloise – Life PLAN

En cas de décès de la personne assurée avant la date d'échéance prévue, la Compagnie verse au Bénéficiaire le capital décès spécifié dans les Conditions Particulières ou, si elle est supérieure, la valeur du contrat.

En cas d'assurance sur deux têtes, la Compagnie verse la prestation, en cas de décès de l'un des assurés, indépendamment d'un ordre de succession établi.

Garantie décès de base : la valeur du contrat est versée en cas de décès de la personne assurée.

Garantie décès complémentaire : en plus de la garantie décès de base, vous pouvez déterminer votre capital décès en choisissant parmi les 3 options suivantes :

- Option 1 : Capital fixe : la prestation minimale prévue en cas de décès, déterminée et spécifiée dans les Conditions

Particulières, correspond à un montant fixe ;

- Option 2 : Un pourcentage des primes émises : la prestation minimale en cas de décès est au minimum égale aux primes émises, sous déduction des frais d'entrée et des éventuelles taxes prélevées, multiplié par un pourcentage spécifié aux Conditions Particulières. Il doit être supérieur à 130 % mais ne peut toutefois dépasser 200% ;
- Option 3 : Un pourcentage des primes envisagées : la prestation minimale en cas de décès est au minimum égale aux primes envisagées selon le plan de paiement établi à la souscription, multiplié par un pourcentage spécifié aux Conditions Particulières. Il doit être supérieur à 60 % mais ne doit pas dépasser 100%.

1.2. Bâloise - Kid's PLAN

En cas de décès de l'assuré enfant avant le terme prévu par le contrat, versement de l'épargne constituée dans les différents compartiments du contrat augmenté de l'éventuelle participation aux bénéfices, à la date de réception d'un document officiel attestant le décès.

En cas de décès de l'un des assurés parent avant le terme du contrat, versement sur le contrat du capital décès assuré au moment du décès, ce capital consiste en une prestation qui décroît à chaque échéance de prime. À la souscription, le montant assuré correspond à la somme des primes envisagées, pendant toute la durée du contrat, à chaque émission de prime (annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle) ce montant assuré est diminué du montant de la prime nouvellement émise.

1.3. Bâloise - Pension PLAN

Aucune garantie décès complémentaire n'est possible.

2. MODALITÉS DE SOUSCRIPTION D'UNE GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE

Procédure d'acceptation: Toute garantie décès complémentaire doit être acceptée par nos services. Il peut être nécessaire à cet égard d'accomplir différentes formalités médicales. Le montant de la garantie décès complémentaire et certains facteurs actuariels déterminent l'importance des formalités médicales.

Si nous refusons la garantie décès complémentaire, nous vous informerions de cette décision par écrit. Vous ne bénéficiez alors que de la garantie décès de base.

Les frais des examens médicaux relatifs à la garantie décès complémentaire sont à notre charge. Néanmoins, si vous décidez de renoncer à la garantie décès complémentaire ou au Contrat, il vous incomberait de supporter les frais encourus.

La garantie décès complémentaire entre en vigueur au plus tôt à la date d'effet du Contrat tel que spécifié à l'article 3 des présentes Conditions Générales.

La garantie décès complémentaire du produit Bâloise – Life PLAN prend fin au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge de 85 ans.

3. CAPITAL SOUS RISQUE ET PRIME DE RISQUE

Pour chacune des garanties complémentaires décès souscrites, l'assureur détermine, chaque fin de mois, la différence entre le capital complémentaire garanti et la valeur du contrat; cette différence est appelée capital sous risque. L'assureur prélève une prime, dite prime de risque, pour assurer cette différence.

Les primes de risque sont déduites de l'épargne constituée du contrat et ceci proportionnellement à la répartition entre le compartiment à taux garanti et le compartiment lié à des fonds d'investissement.

Pour la partie liée à des fonds d'investissement, les primes de risque sont déduites par annulation d'unités et ceci proportionnellement par rapport aux fonds choisis.

3.1. Bâloise – Life PLAN

Exemples - Hypothèses

- Versement brut de 1.000,00 EUR/an
- Assuré âgé de 40 ans à la souscription
- Valeur liquidative initiale de l'unité de compte : 100,00 EUR
- Frais d'entrée : 4,5 %
- Frais annuels de gestion administratifs : 1,2 %
- Couverture décès : 130 % des primes émises

Exemple 1 : stagnation de la valeur des unités de compte sur les 10 ans de projection en tenant compte des frais de gestion administratifs.

Dès paiement	Nombre Unités de compte	VIN (EUR)	Valeur du contrat (EUR)	Couverture Décès (EUR)
1ère prime	9,548	100,00	954,77	1 300,00
2ème prime	18,966	100,00	1 896,65	2 600,00
3ème prime	28,264	100,00	2 826,41	3 900,00
4ème prime	37,441	100,00	3 744,05	5 200,00
5ème prime	46,496	100,00	4 649,57	6 500,00
6ème prime	55,429	100,00	5 542,91	7 800,00
7ème prime	64,240	100,00	6 423,97	9 100,00
8ème prime	72,926	100,00	7 292,63	10 400,00
9ème prime	81,487	100,00	8 148,66	11 700,00
10ème prime	89,918	100,00	8 991,82	13 000,00

Exemple 2 : variation à la hausse de 5 % de la valeur des unités de compte, régulière sur les 10 ans de projection en tenant compte des frais de gestion administratifs.

Dès paiement	Nombre Unités de compte	VIN (EUR)	Valeur du contrat (EUR)	Couverture Décès (EUR)
1ère prime	9,548	100,00	954,77	1 300,00
2ème prime	18,513	105,00	1 943,85	2 600,00
3ème prime	26,932	110,25	2 969,25	3 900,00
4ème prime	34,833	115,76	4 032,35	5 200,00
5ème prime	42,242	121,55	5 134,56	6 500,00
6ème prime	49,185	127,63	6 277,36	7 800,00
7ème prime	55,685	134,01	7 462,29	9 100,00
8ème prime	61,765	140,71	8 690,98	10 400,00
9ème prime	67,448	147,75	9 965,10	11 700,00
10ème prime	72,754	155,13	11 286,47	13 000,00

Exemple 3 : variation à la baisse de 5 % de la valeur des unités de compte, régulière sur les 10 ans de projection en tenant compte des frais de gestion administratifs.

Dès paiement	Nombre Unités de compte	VIN (EUR)	Valeur du contrat (EUR)	Couverture Décès (EUR)
1ère prime	9,550	100,00	954,77	1 300,00
2ème prime	19,027	95,00	1 849,45	2 600,00
3ème prime	28,895	90,25	2 688,23	3 900,00
4ème prime	39,176	85,74	3 474,30	5 200,00
5ème prime	49,891	81,45	4 210,60	6 500,00
6ème prime	61,064	77,38	4 899,81	7 800,00
7ème prime	72,719	73,51	5 544,44	9 100,00
8ème prime	84,883	69,83	6 146,72	10 400,00
9ème prime	97,584	66,34	6 708,63	11 700,00
10ème prime	110,853	63,02	7 231,96	13 000,00

3.2. Bâloise – Kid's PLAN

Exemples - Hypothèses

- Versement brut de 1.000,00 EUR/an
- Assuré âgé de 40 ans à la souscription
- Valeur liquidative initiale de l'unité de compte : 100,00 EUR
- Frais d'entrée : 4,5 %
- Frais annuels de gestion administratifs : 1,2 %

Exemple 1 : stagnation de la valeur des unités de compte sur les 10 ans de projection en tenant compte des frais de gestion administratifs.

Dès paiement	Nombre Unités de compte	VIN (EUR)	Valeur du contrat (EUR)	Couverture Décès (EUR)
1ère prime	9,514	100,00	951,43	20 000,00
2ème prime	18,504	100,00	1 850,40	19 000,00
3ème prime	27,386	100,00	2 738,57	18 000,00
4ème prime	36,161	100,00	3 616,10	17 000,00
5ème prime	44,830	100,00	4 483,02	16 000,00
6ème prime	53,393	100,00	5 339,34	15 000,00
7ème prime	61,852	100,00	6 185,19	14 000,00
8ème prime	70,207	100,00	7 020,73	13 000,00
9ème prime	78,460	100,00	7 846,04	12 000,00
10ème prime	86,613	100,00	8 661,35	11 000,00

Exemple 2 : variation à la hausse de 5 % de la valeur des unités de compte, régulière sur les 10 ans de projection en tenant compte des frais de gestion administratifs.

Dès paiement	Nombre Unités de compte	VIN (EUR)	Valeur du contrat (EUR)	Couverture Décès (EUR)
1ère prime	9,514	100,00	951,43	20 000,00
2ème prime	18,061	105,00	1 896,41	19 000,00
3ème prime	26,093	110,25	2 876,74	18 000,00
4ème prime	33,636	115,76	3 893,76	17 000,00
5ème prime	40,713	121,55	4 948,73	16 000,00
6ème prime	47,348	127,63	6 042,98	15 000,00
7ème prime	53,563	134,01	7 177,98	14 000,00
8ème prime	59,379	140,71	8 355,29	13 000,00
9ème prime	64,817	147,75	9 576,43	12 000,00
10ème prime	69,896	155,13	10 843,18	11 000,00

Exemple 3 : variation à la baisse de 5 % de la valeur des unités de compte, régulière sur les 10 ans de projection en tenant compte des frais de gestion administratifs.

Dès paiement	Nombre Unités de compte	VIN (EUR)	Valeur du contrat (EUR)	Couverture Décès (EUR)
1ère prime	9,550	100,00	951,43	20 000,00
2ème prime	19,027	95,00	1 804,40	19 000,00
3ème prime	28,895	90,25	2 604,98	18 000,00
4ème prime	39,176	85,74	3 356,42	17 000,00
5ème prime	49,891	81,45	4 061,62	16 000,00
6ème prime	61,064	77,38	4 723,33	15 000,00
7ème prime	72,719	73,51	5 344,20	14 000,00
8ème prime	84,883	69,83	5 926,79	13 000,00
9ème prime	97,584	66,34	6 473,37	12 000,00
10ème prime	110,853	63,02	6 986,29	11 000,00

La(es) garantie(s) complémentaire(s) choisie(s) est(sont) maintenue(s) aussi longtemps qu'il est possible de prélever une prime de risque dans le contrat.

Les garanties complémentaires cessent ensuite immédiatement sans mise en demeure et de plein droit lorsque l'épargne du contrat est insuffisante pour prélever le coût correspondant aux garanties et que le preneur d'assurance n'alimente pas le contrat dans un délai de trois mois de la réception du courrier adressé en ce sens. Le contrat et les garanties complémentaires prendront fin de plein droit sans autre formalité.

4. MODIFICATION DE VOTRE GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE

Vous pouvez à tout moment demander une augmentation de la garantie décès complémentaire ou une modification de celle-ci. Vous devez au préalable solliciter notre accord. Par ailleurs, nous pouvons exiger que vous vous soumettiez à certaines formalités médicales. Les frais inhérents à ces examens médicaux sont intégralement et exclusivement assumés par vous.

Vous pouvez, à tout moment, réduire le montant de votre garantie décès complémentaire, sans changer d'option. Cette modification entre en vigueur le jour ouvrable suivant la date de réception de votre demande écrite.

5. RISQUES EXCLUS

Les risques qui sont toujours exclus :

- **Le décès résultant d'un suicide de la personne assurée, s'il intervient dans l'année suivant la date d'entrée en vigueur, de remise en vigueur ou d'extension de la prestation d'assurance ;**
- **Le décès résultant d'un délit intentionnel du Preneur d'Assurance ou du bénéficiaire ou à leur instigation ;**
- **Le décès résultant d'une condamnation judiciaire, d'un acte criminel ou d'un délit intentionnel de l'assuré en sa qualité d'auteur ou de coauteur du délit ;**
- **Le décès résultant d'une catastrophe nucléaire, incluant tout acte de terrorisme nucléaire ;**
- **Le décès résultant de la participation de l'assuré à des émeutes ou troubles civils en général, à moins qu'il ne soit membre des forces mandatées pour assurer le respect de l'ordre ou qu'il soit intervenu pour défendre directement sa personne ou ses biens.**

Risques exclus, sauf convention spéciale :

- **Le décès résultant d'un acte de guerre, d'un événement similaire ou d'une guerre civile. Le décès est toujours exclu - indépendamment de son motif - dès lors que le Preneur d'assurance participe activement à de telles hostilités.**
- **En cas de séjour à l'étranger, le décès survenant suite à un**

acte de guerre est couvert :

- **si un conflit imprévisible se déclare pendant le séjour de l'assuré;**
- **si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, pour autant que la couverture soit stipulée clairement dans les Conditions Spécifiques (moyennant une éventuelle sur-prime).**
- **Le décès résultant d'un accident d'avion**
 - **dès lors que l'avion est utilisé à des fins de compétitions, de représentations, d'essais de vitesse, de vols d'endurance, de vols d'entraînement, de records ou de tentatives de records ou de vols d'essai ;**
 - **dès lors que l'avion est un prototype ou un avion militaire, qui n'est pas destiné à des fins de transport.**
- **Le décès résultant d'un saut en parachute, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas de force majeure.**
- **Le décès résultant de l'utilisation de planeurs ou d'avions ULM.**
- **Le décès résultant d'un saut à l'élastique dans le vide (Bungee Jumping).**

6. VERSEMENT DE LA PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS

Le décès de la personne assurée doit nous être notifié par écrit dans les plus brefs délais.

Si la cause du décès est un risque exclu, la prestation prévue en cas de décès est limitée à la valeur du Contrat, même si celle-ci est inférieure à la garantie décès complémentaire souscrite.

Si le décès résulte d'un risque couvert, nous procédons au calcul du capital décès assuré après réception des documents suivants :

- un acte de décès officiel de la personne assurée mentionnant la date et le lieu de naissance ;
- le Contrat et tous ses avenants éventuels ;
- une copie de la carte d'identité de chaque bénéficiaire ;
- un certificat médical détaillé portant sur la cause du décès, mentionnant, le cas échéant, le début et le déroulement de la maladie qui a conduit au décès de l'assuré ;
- des instructions signées quant au mode de liquidation de la prestation ou un acte de notoriété ou tout autre acte établissant les droits des bénéficiaires lorsqu'ils n'ont pas été nominativement désignés.

Nous nous réservons expressément le droit d'exiger d'autres justificatifs qui pourraient nous être nécessaires et de procéder nous-mêmes aux contrôles que nous jugeons utiles.

Après réception de tous les documents requis, l'ensemble des

unités fera l'objet d'un rachat conformément aux prospectus des différents fonds. Le Contrat prendra fin après le désinvestissement effectif de l'ensemble des unités.

Le paiement du capital sera en principe versé par virement sur le compte du bénéficiaire, dans les trente jours suivant la réception de la quittance signée, qui fait état des modalités de paiement souhaitées.

ANNEXE 2 : ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES « ACCIDENT » ET/ OU « ACCIDENT DE LA CIRCULATION » LIÉE À BÂLOISE –LIFE PLAN

En complément de l'assurance principale, le Preneur d'assurance peut souscrire une garantie contre le risque d'accident et/ou d'accident de la circulation. Son choix sera mentionné dans les Conditions Particulières. Les conditions générales de la garantie principale sont applicables aux présentes garanties complémentaires, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

1. DÉFINITIONS

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

1.1. Accident

Est considérée comme **accident** toute lésion corporelle pouvant être constatée d'une façon certaine par les médecins et provenant directement d'une cause fortuite, extérieure, violente et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Sont également considérées comme accidents, les infections provenant d'un accident, la noyade involontaire et l'aspiration involontaire de gaz ou de vapeurs.

1.2. Accident de la circulation

Est considérée comme **accident de la circulation** toute lésion corporelle pouvant être constatée d'une façon certaine par les médecins et provenant directement d'un choc qui a eu lieu sur le réseau routier avec un engin roulant, extérieure, violente et indépendante de la volonté de l'assuré.

1.3. Invalidité

L'**invalidité** désigne tant l'invalidité physiologique que l'invalidité économique.

L'**invalidité physiologique** est une diminution de l'intégrité corporelle de l'Assuré. Son degré est fixé, par décision médicale, sur base du barème appliqué au Grand-Duché de Luxembourg en matière d'assurance obligatoire contre les accidents professionnels.

L'invalidité économique est une diminution de la capacité de travail de l'Assuré, résultant de l'invalidité physiologique dont il est atteint. Son degré est fixé, par décision médicale, en tenant compte de la profession exercée par l'Assuré et de ses possibilités de réadaptation à une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa position sociale, dans des conditions économiques normales.

Le degré d'invalidité est déterminé par le plus élevé des taux retenus respectivement pour l'invalidité physiologique et l'invalidité économique.

L'invalidité est considérée comme **totale** lorsque le taux d'invalidité économique atteint au moins 67% ou le taux d'invalidité physiologique est fixé à 100%. L'invalidité est permanente lorsqu'il en est jugé ainsi par le médecin-conseil de la Compagnie.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de sécurité sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire.

La Compagnie se réserve le droit de ne pas suivre les décisions d'octroi d'une invalidité totale et permanente accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Les invalidités physiologiques et économiques existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance ou résultant d'un risque exclus, ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat garantit le paiement d'un capital complémentaire accident et/ou accident de la circulation, indiqué aux Conditions Particulières, lorsque l'Assuré est victime d'un accident et/ou d'un accident de la circulation, survenu tant au cours de sa vie privée que professionnelle et entraînant directement et exclusivement, endéans le délai d'un an à dater de l'accident :

- soit le décès de l'Assuré ;
- soit l'invalidité totale et permanente de l'Assuré.

3. PRISE D'EFFET ET DURÉE

La présente garantie complémentaire est liée à la garantie principale quant à la prise d'effet, la durée et au paiement des primes.

Le rachat, l'annulation ou la résiliation de la garantie principale mettent fin de plein droit à la présente garantie complémentaire. Cette couverture cesse également à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 65 ans.

4. PRIMES

Les primes de risque sont déduites de l'épargne constituée du contrat et ceci proportionnellement à la répartition entre le compartiment à taux garanti et le compartiment lié à des fonds

d'investissement.

Pour la partie liée à des fonds d'investissement, les primes de risque sont déduites par annulation d'unités et ceci proportionnellement par rapport aux fonds choisis.

Le Preneur d'assurance peut annuler la couverture complémentaire en adressant une déclaration écrite à Bâloise Vie Luxembourg S.A. sans que le contrat principal en soit affecté.

5. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La garantie accident et accident de la circulation est couverte dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, pour autant que la Compagnie puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après :

5.1. Risques exclus

- **si l'accident résulte de risques exclus aux Conditions Générales de l'assurance principale ;**
- **aux Assurés qui provoquent un accident intentionnellement ;**
- **en cas de tentative de suicide pendant toute la durée du contrat ;**
- **pour des accidents dus à des cataclysmes ;**
- **si le décès ou l'invalidité de l'Assuré est causé par un état d'aliénation mentale ou par des troubles de la conscience ;**
- **si le décès ou l'invalidité de l'Assuré résulte des suites de l'ivresse causée par la consommation de boissons alcooliques ou des suites de l'absorption de stupéfiants ou de drogues ;**
- **pour des accidents résultant de :**
 - **guerre, guerre civile, conflit du travail, grève et lock-out, attentat, émeute, mouvement populaire, acte de terrorisme ou sabotage ;**
 - **réactions atomiques, radioactivité et rayons ionisants, sauf en cas de radiations nécessaires du point de vue médical lors d'un sinistre assuré.**

5.2. Risques particuliers

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, la garantie complémentaire ne couvre pas les accidents survenant à l'occasion :

- **d'un accident d'appareil de locomotion aérienne :**
 - **en tant que pilote ou membre du personnel de bord d'appareils de navigation aérienne ;**
 - **à l'occasion de compétitions, d'exhibitions, raids, vol d'entraînements, essais de vitesse, records ou tentatives de records ;**

- au cours de la pratique du parachutisme, du vol à voile, de la spéléologie, du canotage sur eaux vives et de la plongée sous-marine avec usage d'un appareil à oxygène autonome ;
- de la préparation ou de la participation à des concours de vitesse, de régularité ou d'adresse à l'aide de véhicules ou de bateaux. Toutefois, les rallyes touristiques restent couverts ;
- d'un saut dans le vide à l'élastique (Bungee-Jumping) ;
- de la pratique du ski, du bobsleigh, du skeleton et de n'importe quel autre sport d'hiver, ainsi que des sports de combat ou de défense et du cyclisme lorsqu'il s'agit de concours et de compétitions officiels ou d'entraînements préparatoires à de tels événements ;
- de l'exercice de la profession d'élagueur, de pompier, de docker, de scieur de pierre ou de marbre, de couvreur d'ardoises, de laveur de vitres ou de façades, lorsque l'accident découle des activités professionnelles ;
- de l'exécution, à titre professionnel :
 - de travaux à des lignes ou à des installations électriques de haute tension, dans des mines, des puits, des carrières en galerie; sur des échelles de plus de 4 m, des toits, des échafaudages ou des charpentes, à des chantiers de construction ou de démolition ;
 - du montage ou du démontage de charpentes et d'ascenseurs; du battage mécanique de récoltes; de l'usage de machines pour le travail du bois; de la manipulation de feux d'artifices ou d'explosifs.

Bâloise Vie Luxembourg S.A. est tenue d'établir le fait qui, en vertu des dispositions du présent article, entraîne l'exclusion du risque.

6. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE

6.1. Déclaration

Un accident mortel de l'Assuré doit être déclaré par écrit à Bâloise Vie Luxembourg S.A. immédiatement et au plus tard dans les 8 jours suivant l'accident.

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant la cause exacte du décès et d'un rapport détaillé concernant les circonstances de l'accident.

Un accident pouvant entraîner une importante invalidité permanente doit être déclaré dans les 30 jours à compter du jour de l'accident.

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'Assuré après l'accident ou qui ont constaté le décès, avec mention :

- de la date de début et de la cause de l'incapacité ;
- de la nature de l'affection ou des lésions ;
- de la durée probable et du degré de l'incapacité ;

- des circonstances de l'accident.

En outre, la Compagnie se réserve le droit d'exiger le procès-verbal, constatant l'accident, dressé par les autorités compétentes.

6.2. Constatation du degré d'invalidité

Le degré d'invalidité sera fixé par le médecin-conseil de Bâloise Vie Luxembourg S.A. Pour déterminer le degré d'invalidité, celui-ci est réduit de la fraction due aux lésions et aux affections qui existaient déjà avant la souscription de la police d'assurance ou qui sont causées par des facteurs ou des circonstances n'étant pas couverts par cette police.

6.3. Contestation

Lorsque l'Assuré ou, en cas de décès, ses ayants droit et Bâloise Vie Luxembourg S.A. ne peuvent se mettre d'accord, soit sur les causes de la mort ou de l'invalidité permanente, soit sur le taux de cette dernière, soit sur les conséquences de l'accident, la question pourra être soumise à deux médecins, choisis l'un par l'Assuré ou ses ayants droit, l'autre par Bâloise Vie Luxembourg S.A.

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle est de les départager.

Si dans les 8 jours à dater du jour où elle aura été invitée par lettre recommandée, l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les deux médecins déjà désignés ne s'entendent pas sur le choix du troisième, le médecin manquant sera nommé d'office, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

Chaque partie paiera les honoraires du médecin désigné par elle, ceux du troisième seront partagés par moitié entre Bâloise Vie Luxembourg S.A. et l'Assuré ou ses ayants droit.

6.4. Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire, la Compagnie paie les prestations assurées :

- **En cas de décès** : au Bénéficiaire désigné en cas de décès aux Conditions Particulières ;
- **En cas d'invalidité totale et permanente** : à l'Assuré invalide.

6.5. Règlement des prestations

Bâloise Vie Luxembourg S.A. paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au Bénéficiaire, dans les 30 jours de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

ANNEXE 3 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE HOSPITALISATION LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN

En complément de la garantie principale, le Preneur d'assurance a la faculté de souscrire une garantie complémentaire contre le risque d'hospitalisation. Son choix sera mentionné dans les Conditions Particulières.

Les conditions générales de la garantie principale sont applicables à la présente garantie complémentaire, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

1. DÉFINITIONS

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

1.1. Accident

Est considérée comme accident toute lésion corporelle pouvant être constatée d'une façon certaine par les médecins et provenant directement d'une cause fortuite, extérieure, violente et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Sont également considérées comme accidents, les infections provenant d'un accident, la noyade involontaire et l'aspiration involontaire de gaz ou de vapeurs.

1.2. Hospitalisation

L'hospitalisation est tout séjour médicalement nécessaire de plus de 24 heures dans les établissements hospitaliers privés ou publics qui disposent de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants et où il n'est fait usage que de méthodes d'investigation et de traitement scientifiquement éprouvées au cours d'un traitement curatif.

Ne sont pas considérés comme hospitalisation notamment :

- les séjours dans un établissement hospitalier :
 - pour des soins et traitements esthétiques ;
 - pour des soins et traitements d'une anomalie congénitale ;
 - où l'on pratique également des cures ou où l'on admet également des convalescents, notamment lieu de convalescence, sanatorium, maison de santé, établissement thermal, établissement de remise en forme ou tout autre établissement assimilable ;
- les séjours dans un établissement hospitalier au-delà de 90 jours pendant toute la durée de la présente garantie, qu'ils soient consécutifs ou non, pour des soins et traitements d'une maladie tuberculeuse, d'une maladie mentale ou d'une affection assimilée ;
- les séjours dans les établissements hospitaliers dès que le traitement curatif ne nécessite plus médicalement cette

présence comme interne ;

- les journées de présence dans les établissements hospitaliers et infirmeries militaires ou pénitentiaires, alors que le traitement curatif ne nécessitait plus médicalement cette présence comme interne, dans la vie civile.

1.3. Maladie

La maladie est toute altération de la santé ayant une cause autre qu'un accident et contrôlable par examen médical.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat garantit le paiement d'un forfait journalier, indiqué aux Conditions Particulières, pour chaque jour entier où l'Assuré se trouve hospitalisé, suite à une maladie, une grossesse ou à un accident de la vie privée ou professionnelle.

Bâloise Vie Luxembourg S.A. paie ce forfait aussi longtemps qu'un traitement stationnaire demandant des soins médicaux ou une surveillance immédiate est médicalement nécessaire et pour autant que ce séjour dure plus de 24 heures. Dans tous les cas le droit à l'indemnité est limité à 2 ans.

3. PRISE D'EFFET ET DURÉE

La présente garantie complémentaire est liée à la garantie principale quant à la prise d'effet et la durée des primes.

Le rachat, l'annulation ou la résiliation de la garantie principale mettent fin de plein droit à la présente garantie complémentaire. Cette couverture cesse également à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 65 ans.

4. PRIMES

Les primes de risque sont déduites de l'épargne constituée du contrat et ceci proportionnellement à la répartition entre le compartiment à taux garanti et le compartiment lié à des fonds d'investissement.

Pour la partie liée à des fonds d'investissement, les primes de risque sont déduites par annulation d'unités et ceci proportionnellement par rapport aux fonds choisis.

Le Preneur d'assurance peut annuler la couverture complémentaire en adressant une déclaration écrite à Bâloise Vie Luxembourg S.A. sans que le contrat principal en soit affecté.

5. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La garantie hospitalisation est couverte au Luxembourg et dans les pays frontaliers, quelle qu'en soit la cause, pour autant que la Compagnie puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après.

En plus des exclusions énumérées aux conditions générales de

la garantie principale, sont exclus de ce contrat complémentaire :

- les 10 premiers jours d'hospitalisation en cas d'accouchement ;
- l'hospitalisation par suite d'invalidité corporelle ou mentale permanente ;
- les lésions et infirmités dues à des courses de vitesse ou d'entraînement sur les pistes de concours pour les sports suivants : automobile, canot automoteur, bicyclette, vélomoteur et motocycle ;
- la pratique de tous les sports en qualité de professionnel ;
- les descentes en parachute, sauf en cas de détresse de l'appareil de navigation ;
- la tentative de suicide, la mutilation volontaire, l'ivresse et l'absorption de stupéfiants ou de drogues ;
- les séjours de convalescence, cures de repos, de détente et de climat, les séjours dans des maisons d'éducation, dans des asiles de vieillards, dans des maisons pour invalides et infirmes, ainsi que dans des sections analogues rattachées à un hôpital ou à un établissement pour traitements spéciaux ;
- l'hospitalisation suite à stérilisation, insémination artificielle ou fécondation in vitro ;
- les traitements esthétiques, à moins qu'il s'agit de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer.

Bâloise Vie Luxembourg S.A. est tenue d'établir le fait qui, en vertu des dispositions du présent article, entraîne l'exclusion de garantie.

6. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE

6.1. Déclaration

Tout accident ou maladie ou grossesse ayant causé une hospitalisation de l'assuré doit être déclaré par écrit à Bâloise Vie Luxembourg S.A. immédiatement et au plus tard dans les 30 jours suivant l'hospitalisation.

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant la cause exacte et la durée de l'hospitalisation.

Bâloise Vie Luxembourg S.A. peut demander d'autres pièces justificatives et se procurer elle-même des renseignements complémentaires. Elle peut également ordonner l'examen de l'Assuré par un médecin qu'elle désigne.

6.2. Contestation

En cas de contestation sur l'état de santé de l'Assuré, la contestation pourra être soumise à deux médecins, choisis l'un par l'Assuré, l'autre par Bâloise Vie Luxembourg S.A.

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un

troisième médecin-expert dont le rôle est de les départager.

Si dans les 8 jours à dater du jour où elle aura été invitée par lettre recommandée, l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les deux médecins déjà désignés ne s'entendent pas sur le choix du troisième, le médecin manquant sera nommé d'office, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

Chaque partie paiera les honoraires du médecin désigné par elle, ceux du troisième seront partagés par moitié entre Bâloise Vie Luxembourg S.A. et l'Assuré ou ses ayants droit.

6.3. Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire, la Compagnie paie le forfait journalier à l'Assuré de la garantie complémentaire en cas d'hospitalisation.

6.4. Règlement des prestations

Bâloise Vie Luxembourg S.A. paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au Bénéficiaire, dans les 30 jours de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

ANNEXE 4 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE INVALIDITÉ LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN ET BÂLOISE – KID'S PLAN

En complément de l'assurance principale, le Preneur d'assurance peut souscrire une garantie complémentaire contre le risque d'invalidité.

Son choix sera mentionné dans les Conditions Particulières. Les conditions générales de la garantie principale sont applicables à la présente garantie complémentaire, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

1. DÉFINITIONS

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

1.1. Accident

Est considérée comme **accident** toute lésion corporelle pouvant être constatée d'une façon certaine par les médecins et provenant directement d'une cause fortuite, extérieure, violente et indépendante de la volonté de l'assuré.

Sont également considérées comme accidents, les infections provenant d'un accident, la noyade involontaire et l'aspiration involontaire de gaz ou de vapeurs.

1.2. Maladie

La **maladie** est toute altération de la santé ayant une cause autre qu'un accident et contrôlable par examen médical.

1.3. Invalidité

L'**invalidité** désigne tant l'invalidité physiologique que l'invalidité économique.

L'**invalidité physiologique** est une diminution de l'intégrité corporelle de l'Assuré. Son degré est fixé, par décision médicale, sur base du barème appliqué au Grand-Duché de Luxembourg en matière d'assurance obligatoire contre les accidents professionnels.

L'**invalidité économique** est une diminution de la capacité de travail de l'Assuré, résultant de l'invalidité physiologique dont il est atteint. Son degré est fixé, par décision médicale, en tenant compte de la profession exercée par l'assuré et de ses possibilités de réadaptation à une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa position sociale, dans des conditions économiques normales.

Le **degré d'invalidité** est déterminé par le plus élevé des taux retenus respectivement pour l'invalidité physiologique et l'invalidité économique.

L'invalidité est considérée comme **totale** lorsque le taux d'invalidité économique atteint au moins 67% ou le taux d'invalidité physiologique est fixé à 100%. L'invalidité partielle est celle dont le degré est inférieur à 67%.

L'invalidité est **permanente** lorsqu'il en est jugé ainsi par le médecin-conseil de la Compagnie.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de sécurité sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire.

La Compagnie se réserve le droit de ne pas suivre les décisions d'octroi d'une invalidité totale et permanente accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Les invalidités physiologiques et économiques existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance ou résultant d'un risque exclus, ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité.

1.4. Délai de carence

Le délai de carence est le délai prévu aux Conditions Particulières dans lequel, après apparition de l'invalidité, aucun versement n'est prévu.

Le droit aux prestations s'ouvre lorsque le délai de carence est arrivé à son terme.

Aucun nouveau délai de carence ne doit être appliqué si l'Assuré est victime, dans les 3 mois qui suivent la fin d'une incapacité garantie par cette assurance, d'une rechute, constatée par un médecin, qui est causée par la même maladie ou le même accident que la précédente incapacité.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat garantit le paiement des prestations assu-

rées, selon la ou les garanties prévues aux Conditions Particulières, lorsque l'Assuré est victime d'un accident ou d'une maladie, survenu tant au cours de sa vie privée que professionnelle et entraînant directement et exclusivement: une invalidité physiologique ou économique, pour autant que celle-ci atteigne un degré égal au moins à 25%.

3. LES PRESTATIONS POSSIBLES

3.1. Exonération du paiement des primes

Le Preneur d'assurance est exonéré, dès la fin du délai de carence et pendant la durée de l'invalidité et proportionnellement au degré d'invalidité, du paiement des primes de la garantie principale et des garanties complémentaires, taxes et frais compris.

3.2. Rente d'invalidité

La Compagnie s'engage à payer à l'Assuré, dès la fin du délai de carence et pendant la durée de l'invalidité et proportionnellement au degré d'invalidité, la rente d'invalidité dont le montant annuel est fixé aux Conditions Particulières.

Cette rente est payable trimestriellement, à terme échu, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations, et pour la dernière fois, par un prorata au moment de la fin de l'invalidité.

La garantie « rente d'invalidité » ne pourra être souscrite que conjointement avec la garantie « Exonération du paiement des primes ».

3.3. Capital invalidité grave de l'enfant

La Compagnie s'engage à payer au Bénéficiaire en cas d'invalidité totale et permanente de l'Assuré un montant correspondant au capital invalidité assuré dans le cadre d'une assurance Bâloise Kid's PLAN.

4. PRISE D'EFFET ET DURÉE

Les présentes garanties complémentaires sont liées à la garantie principale quant à la prise d'effet et à la durée.

Le rachat, l'annulation ou la résiliation de la garantie principale mettent fin de plein droit à la présente garantie complémentaire. Cette couverture cesse également à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 65 ans.

5. PRIMES

Les primes de risque sont déduites de l'épargne constituée du contrat et ceci proportionnellement à la répartition entre le compartiment à taux garanti et le compartiment lié à des fonds d'investissement.

Pour la partie liée à des fonds d'investissement, les primes de

risque sont déduites par annulation d'unités et ceci proportionnellement par rapport aux fonds choisis.

Sauf pour la garantie décrite sous 3.3. supra qui fait partie intégrante d'une assurance Bâloise Kid's PLAN, le Preneur d'assurance peut annuler la couverture complémentaire en adressant une déclaration écrite à Bâloise Vie Luxembourg S.A. sans que le contrat principal en soit affecté.

6. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La garantie invalidité est couverte dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, pour autant que la Compagnie puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après :

6.1. Risques exclus

- **une invalidité résultant d'une des circonstances exclues aux Conditions générales.**
- **une maladie ou un accident datant d'avant la date de prise d'effet de l'Assurance Complémentaire d'Invalidité ainsi que leurs conséquences, dans la mesure où l'Assuré en était informé lors de la conclusion de la police et ne l'a pas mentionné sur la proposition ou le questionnaire médical qui a été utilisé pour l'appréciation du risque avant établissement de cette police ;**
- **une tentative de suicide de l'Assuré ;**
- **un acte intentionnel de l'Assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;**
- **la participation volontaire de l'Assuré à un délit, crime ou une rixe, sauf en cas de légitime défense ;**
- **guerre, guerre civile, conflits du travail, grèves, lock-out, attentats, émeutes, actes de terrorisme ou sabotage sauf si l'Assuré ou ses ayants droit peuvent prouver qu'il n'y a aucun lien direct ou indirect entre ces événements et l'invalidité ;**
- **l'alcoolisme, la toxicomanie, l'usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, de stupéfiants ou de substances psychoactives qui n'ont pas été prescrits pour des raisons médicales ;**
- **accidents survenus en état d'intoxication à l'alcool, d'ivresse ou dans une situation similaire qui est la conséquence de la consommation de produits autre que des boissons alcoolisées ;**
- **réactions nucléaires, radioactivité et radiations ionisantes, à l'exception des irradiations médicales nécessaires ;**
- **traitements pour la fécondité, traitements contraceptifs, stérilisation ou insémination artificielle ;**
- **traitements ou opération de chirurgie esthétique sauf s'il s'agit d'une chirurgie de reconstruction d'une lésion occa-**

sionnée lors d'un sinistre couvert ;

- **accidents dus à des cataclysmes.**

6.2. Couverture limitée

Est assurée, l'incapacité qui est la conséquence :

- d'un burn-out ;
- d'une fibromyalgie et des affections qui l'accompagnent ;
- du syndrome de fatigue chronique ;
- de complications psychiatriques de maladies somatiques ;
- de troubles psychiques fonctionnels et de leurs conséquences qui ne peuvent être directement objectivées par le biais de répercussions organiques.

La prestation assurée pour l'incapacité causée par une de ces affections susmentionnées est allouée après l'expiration d'un délai de carence d'un an. La période totale de versement est limitée pour l'ensemble de ces affections à 2 ans au maximum pendant toute la durée de la police.

6.3. Risques particuliers

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, les activités et sports mentionnés ci-dessous sont des risques exclus :

- **descente dans des puits, mines et carrières ;**
- **travaux sous-marins ;**
- **travaux à des installations de haute tension ;**
- **travaux à une hauteur de plus de 4 mètres ;**
- **fabrication, utilisation et manipulation d'explosifs ;**
- **activités professionnelles de la navigation aérienne et maritime ;**
- **acrobatie et domptage d'animaux ;**
- **utilisation de et exposition à des rayons X ou radio-isotopes ;**
- **pompiers ;**
- **participation à ou entraînement pour des concours et épreuves de vitesse, également lors de paris et de défis ;**
- **pratique de sport, en professionnel ou semi-professionnel ;**
- **sports motorisés sur terre, sur mer et dans l'air ;**
- **tout sport pratiqué en compétition avec des animaux et bateaux ;**
- **saut à ski, bobsleigh, skeleton, alpinisme, spéléologie, sport subaquatique, rafting, vol à voile, deltaplane, parachutisme, parasailing, sports de combat et de défense, saut à l'élastique, sports d'hiver en compétition, chasse.**

Bâloise Vie Luxembourg S.A. est tenue d'établir le fait qui, en vertu des dispositions du présent article, entraîne l'exclusion du risque.

7. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE

7.1. Déclaration

Tout accident ou maladie ayant causé l'invalidité partielle ou totale, temporaire ou permanente de l'assuré doit être déclaré par écrit à Bâloise Vie Luxembourg S.A. immédiatement et au plus tard dans les 30 jours suivant l'accident ou la maladie.

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical, avec mention :

- de la date de début et de la cause de l'invalidité ;
- de la nature de l'affection ;
- de la durée probable et du degré de l'incapacité ;
- le cas échéant, des circonstances de l'accident.

En outre, si l'incapacité résulte d'un accident, la Compagnie se réserve le droit d'exiger le procès-verbal dressé par les autorités compétentes, constatant celui-ci.

7.2. Constatation du degré d'invalidité

Le degré d'invalidité sera fixé par le médecin-conseil de Bâloise Vie Luxembourg S.A. Pour déterminer le degré d'invalidité, celui-ci est réduit de la fraction due aux lésions et aux affections qui existaient déjà avant la souscription de la police d'assurance ou qui sont causées par des facteurs ou des circonstances n'étant pas couverts par cette police.

La Compagnie se réserve le droit de faire effectuer à tout moment, toute visite médicalement requise et nécessaire auprès de l'Assuré. Celui-ci est tenu de s'y soumettre dans le délai d'un mois à dater de la notification de cette décision.

Sauf en cas d'invalidité totale et permanente reconnue par la Compagnie, le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré lui signale, dans les trente jours, toute modification du taux d'invalidité ainsi que toute atténuation de l'invalidité permettant à l'Assuré de reprendre, même partiellement, le travail.

Dans ce cas, les prestations sont adaptées à partir de la date de modification et les éventuelles sommes que la Compagnie aurait payées indûment doivent lui être remboursées.

En cours d'invalidité partielle, la Compagnie se réserve le droit de faire vérifier le degré d'invalidité de l'Assuré par le biais de son médecin-conseil ou de demander un rapport détaillé du médecin traitant de l'Assuré afin de faire constater si l'invalidité existe toujours et si son degré ne s'est pas modifié.

7.3. Contestation

Lorsque l'assuré et Bâloise Vie Luxembourg S.A. ne peuvent se mettre d'accord, soit sur les causes de l'incapacité de travail, soit sur le degré de celle-ci, la question pourra être soumise à deux médecins, choisis l'un par l'assuré, l'autre par Bâloise Vie Luxembourg S.A..

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle est de les départager. Si dans les 8 jours à dater du jour où elle aura été invitée par lettre recommandée, l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les deux médecins déjà désignés ne s'entendent pas sur le choix du troisième, le médecin manquant sera nommé d'office, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

Chaque partie paiera les honoraires du médecin désigné par elle, ceux du troisième seront partagés par moitié entre Bâloise Vie Luxembourg S.A. et l'Assuré ou ses ayants droit.

7.4. Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire, la Compagnie paie les prestations assurées :

- **En cas d'exonération du paiement des primes** : au Preneur d'assurance ;
- **En cas d'invalidité partielle ou totale, temporaire ou permanente** : à l'Assuré invalide ;
- **En cas d'invalidité grave de l'enfant** : au Preneur d'assurance ;

7.5. Règlement des prestations

Bâloise Vie Luxembourg S.A. paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au Bénéficiaire, dans les 30 jours de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

7.6. Fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse dans les cas suivants :

- lorsque le degré d'invalidité physiologique et économique devient inférieur à 25% ;
- lorsque l'assuré atteint l'âge de 65 ans ;
- au décès de l'Assuré ;
- en cas de résiliation ou de terme de l'assurance complémentaire.

ANNEXE 5 : ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE « MALADIES GRAVES » LIÉE À BÂLOISE – LIFE PLAN

1. DÉFINITIONS DES MALADIES GRAVES COUVERTES :

Cette liste est exhaustive.

Cancer : une tumeur maligne caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion et la destruction des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Le terme Cancer inclut la leucémie et la maladie de Hodgkin's.

Les tumeurs suivantes sont exclues :

- **Toute tumeur histologiquement décrite comme pré-maligne, comme non-invasive ou comme un cancer in situ (inclus CIN-1, CIN-2, CIN-3) ;**
- **Toute tumeur maligne en présence d'un Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) ;**
- **Tout cancer de la peau autre qu'un mélanome malin débutant au niveau 3 de l'échelle de Clark ;**
- **Cancer de la prostate décrit à la classification TNM comme T1 ;**
- **Carcinome papillaire malignan de la thyroïde ou de la vessie ;**
- **Leucémie lymphocytaire chronique inférieure au stade RAI 3.**

Infarctus du myocarde (crise cardiaque) : diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins 3 des éléments suivants :

- symptômes d'infarctus du myocarde (par exemple douleurs à la poitrine, radiation dans les bras, essoufflement, nausées, diaphorèse) ;
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde ;
- diagnostic d'augmentation des enzymes cardiaques CK-MB ou troponine ;
- fraction d'élévation du ventricule gauche inférieure à 45% mesurée 3 mois ou plus après l'événement.

Le diagnostic d'infarctus du myocarde doit être posé par un spécialiste.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) : tout accident cérébrovasculaire causant des séquelles neurologiques de plus de 24 heures et y compris un accident de tissu cérébral, une hémorragie et une embolie de source extra-crânienne avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'examen clinique, persistant pendant plus de 3 mois suivant la date de diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Ne sont pas couverts :

- **attaques ischémiques cérébrales transitoires**
- **accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ou par l'hypoxie**

- **symptômes cérébrales dues à des migraines**

Pontage aorto-coronarien : intervention chirurgicale requérant une sternotomie médiane sur avis de et pratiquée par un médecin spécialiste en cardiologie pour remédier à un rétrécissement ou à une occlusion d'une ou plusieurs artères coronariennes au moyen d'un pontage par greffon. La nécessité de l'intervention doit être prouvée par une coronarographie.

Sont exclus :

- **l'angioplastie;**
- **d'autres procédures intra-artérielles;**
- **les procédures par laser.**

Transplantation d'un organe vital : intervention chirurgicale visant à transplanter l'organe d'un autre être humain dans le corps de l'assuré. Ne sont que couverts que les interventions visant la transplantation des organes suivants: la moelle osseuse, le coeur, un ou des poumons, les reins, le foie ou pancréas.

La transplantation de tous les autres organes, parties d'organe ou tout autre tissu ou cellule est exclue.

Insuffisance rénale : maladie rénale en phase terminale présentant une défaillance chronique et irréversible des deux reins, rendant nécessaire une dialyse régulière ou la mise en oeuvre d'un processus de greffe.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat garantit le paiement du capital complémentaire maladies graves, indiqué aux Conditions Particulières, lorsque l'Assuré est atteint d'une maladie grave.

L'assuré doit être âgé de 18 ans minimum et de 55 ans maximum à la date de souscription du contrat.

3. PRISE D'EFFET ET DURÉE

La garantie complémentaire «Maladies Graves» prend effet au terme d'un délai d'attente de 90 jours à compter de la date de conclusion du contrat. En cas de survenance d'une maladie grave dans le délai de 90 jours suivant la date de conclusion du contrat, aucun versement de prestation n'est effectué, les primes payées au titre de la garantie complémentaire sont remboursées au Preneur d'Assurance.

Dans tous les cas, la garantie ne sort ses effets que pour autant que l'assuré survive plus de 28 jours au diagnostic d'une maladie grave. A défaut, l'assureur remboursera uniquement le montant des primes versées au titre de cette garantie.

Le rachat, l'annulation ou la résiliation de la garantie principale mettent fin de plein droit à la présente garantie complémentaire. Cette couverture cesse également à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 65 ans, au décès de l'Assuré ou en cas d'activation de la présente garantie complémentaire.

4. PRIMES

Bâloise Vie Luxembourg détermine, chaque début de mois, le montant de la prime est fonction du capital assuré.

Les primes calculées sont déduites de l'épargne constituée du contrat et ceci proportionnellement à la répartition entre le compartiment à taux garanti et le compartiment lié à des fonds d'investissement.

Les garanties de la présente assurance complémentaire sont accordées moyennant paiement des primes afférentes aux mêmes échéances et suivant les mêmes modalités que l'assurance principale.

Le Preneur d'assurance peut cesser le paiement des primes complémentaires en adressant une déclaration écrite à Bâloise Vie Luxembourg S.A. sans que le contrat principal en soit affecté.

5. ETENDUE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

La prestation maladie grave est couverte dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, pour autant que la Compagnie puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après :

5.1. Risques exclus

- **l'alcoolisme, la toxicomanie, l'usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, de stupéfiants ou de substances psychoactives qui n'ont pas été prescrits pour des raisons médicales ;**
- **le non-respect de prescriptions médicales par l'Assuré ;**
- **l'Assuré atteint du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou du SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquis) ;**
- **les blessures que l'Assuré s'inflige volontairement que ce dernier soit atteint ou non de troubles psychologiques ou neurologiques ;**
- **la maladie grave résultant du fait intentionnel de l'Assuré ;**
- **réactions nucléaires, radioactivité et radiations ionisantes ;**
- **terrorisme ;**
- **maladies ou blessures corporelles résultant d'un acte de guerre, d'une guerre civile ou d'une participation active de l'Assuré à des actes de violence y compris grève, émeute, insurrection, terrorisme, prise de pouvoir ou toute autre hostilité ;**
- **les troubles neuro-psychiques ;**
- **les maladies graves dans le cadre d'un accident ou suites ou conséquences d'un accident.**

5.2. Risques particuliers

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, la garantie complémentaire ne couvre pas les maladies graves survenant à l'occasion :

- **d'activités dangereuses telles que pratique de la plongée sous-marine, escalade, saut dans le vide à l'élastique (Bungee-jumping), d'un accident d'appareil de locomotion aérienne y compris avion, planeur, hélicoptère, avion ULM, montgolfière, la participation ou entraînement à toute forme de course autre que la course à pied ;**
- **à la suite d'un accident avec un appareil de navigation aérienne au cours de vols autres que ceux destinés au transport normal de passagers sur une ligne publique.**

6. PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE

Lorsqu'une des pathologies énumérées ci-dessus est diagnostiquée chez l'assuré, celle-ci doit être déclarée par écrit à Bâloise Vie Luxembourg S.A. immédiatement et au plus tard dans les 30 jours suivant son diagnostic.

La déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical, avec mention :

- de la date de la première consultation effectuée en rapport avec le diagnostic posé ;
- de la nature précise de l'affection ;
- des antécédents éventuels ayant un lien causal ou non avec l'affection.

Les frais exposés pour la fourniture de ce document sont à charge de la partie demanderesse.

Le médecin-conseil de Bâloise Vie Luxembourg S.A. statuera sur la demande d'intervention et pourra demander, le cas échéant, des rapports complémentaires pour pouvoir prendre sa décision. Faute d'un avis de l'assureur (acceptation de la demande d'indemnisation, refus de la demande ou demande de document(s) complémentaire(s)) endéans les 15 jours qui suivent la réception de la déclaration de sinistre, celui-ci est considéré comme accepté.

7. CONTESTATION

Lorsque l'assuré et Bâloise Vie Luxembourg S.A. ne peuvent se mettre d'accord la question pourra être soumise à deux médecins, choisis l'un par l'assuré, l'autre par Bâloise Vie Luxembourg S.A..

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle est de les départager. Si dans les 8 jours à dater du jour où elle aura été invitée par lettre recommandée, l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les deux médecins déjà désignés ne s'entendent pas sur le choix du troisième, le médecin manquant sera nommé d'office, à la requête de la partie la plus diligente, par le

Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

Chaque partie paiera les honoraires du médecin désigné par elle, ceux du troisième seront partagés par moitié entre Bâloise Vie Luxembourg S.A. et l'Assuré ou ses ayants droit.

8. BÉNÉFICIAIRE

Sauf stipulation contraire, la Compagnie paie la prestation à l'Assuré.

9. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Bâloise Vie Luxembourg S.A. paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au Bénéficiaire, dans les 30 jours de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

ANNEXE 6 : RÉGIME FISCAL APPLICABLE

Fiche informative décrivant le régime fiscal applicable pour les résidents luxembourgeois.

1. PRÉAMBULE

La fiscalité applicable au contrat d'assurance est celle du pays de résidence habituelle du preneur. Les personnes résidentes au Luxembourg sont soumises à la législation fiscale luxembourgeoise.

Les informations ci-dessous concernent la fiscalité luxembourgeoise applicable aux souscripteurs ayant leur résidence au Luxembourg au moment de la conclusion du contrat. Elles reposent sur les législations actuellement en vigueur (version de juin 2016). Bâloise Vie Luxembourg S.A. ne peut toutefois assumer aucune responsabilité concernant l'exactitude et le caractère exhaustif de ces informations. Ce qui suit vous est donné à titre purement informatif et sans garantie pour l'avenir, notamment en cas de modification de la législation fiscale. Nous vous conseillons également de vous renseigner, le cas échéant, auprès d'un expert fiscal.

2. TAXE D'ASSURANCE

Au Grand-Duché de Luxembourg, il n'y a pas d'impôts sur les primes des contrats d'assurance-vie.

3. DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES PRIMES D'ASSURANCE

La loi de l'impôt sur le revenu (LIR) permet dans le cadre des « dépenses spéciales » de déduire certaines primes d'assurance.

3.1. Primes d'assurance selon l'article 111 LIR

Les primes d'assurance déductibles au titre de l'article 111 LIR comprennent :

- les assurances de responsabilités ;
- les assurances de personnes :
 - Assurances accident, invalidité, maladie ;
 - Les assurances décès ;
 - Les assurances vie avec une durée minimale de 10 ans ;
- les assurances en cas de vie liées à un véhicule d'accumulation d'actifs : ces assurances doivent garantir :
 - soit une assurance décès couvrant au moins 60% de la somme des primes régulières prévues jusqu'au terme du contrat et prévoir au minimum 5 primes annuelles ;
 - soit une couverture décès équivalente à 130% de chaque prime versée jusqu'à la date du décès.

3.2. Montants maxima déductibles dans le cadre de l'article 111

Les primes d'assurance sont déductibles dans le cadre de l'article 111 LIR jusqu'aux plafonds ci-dessous :

Montants maxima déductibles (en €) à partir du 1.1.2002

	Sans conjoint	Avec conjoint
Contribuable	672	1 344
Contribuable avec 1 enfant	1 344	2 016
Contribuable avec 2 enfants	2 016	2 688
Contribuable avec 3 enfants	2 688	3 360

3.3. Contrats d'assurance pension selon l'article 111bis LIR

Les dispositions de l'article 111bis sont destinées à encourager la constitution de retraites complémentaires en autorisant la déductibilité des primes versées dans le cadre d'un contrat de prévoyance vieillesse.

La déductibilité, au titre de l'article 111bis, est cependant soumise à certaines conditions :

- La durée du contrat est de 10 ans minimum ;
- Le contribuable doit être le preneur d'assurance ainsi que l'assuré ;
- Si les époux imposables collectivement souscrivent chacun un contrat, le montant déductible est calculé individuellement pour chaque époux ;
- L'âge au terme est de minimum 60 ans et de maximum 75 ans ;
- Au minimum la moitié de l'épargne accumulée au terme doit être remboursée sous forme d'une rente viagère mensuelle ;
- La liquidation de manière anticipative avant l'âge accompli de 60 ans ou avant la fin de la durée effective minimale de 10 ans, pour des raisons autres que l'invalidité ou la

maladie grave du preneur d'assurance, rendent les versements déduits antérieurement imposables au titre de l'impôt sur le revenu.

3.4. Montants maxima déductibles dans le cadre de l'article 111bis

Le montant maximum déductible aux termes de l'article 111bis s'élève à 3 200,00 EUR par an par preneur d'assurance/contribuable.

4. FISCALITÉ AU TERME DU CONTRAT ET EN CAS DE RACHAT DU CONTRATS

Pour les contrats Bâloise – Life PLAN et Bâloise - Kid's PLAN

L'article 115 LIR précise que sont exempts de l'impôt sur le revenu, le capital au terme et la valeur de rachat (pour autant que la durée minimale soit respectée) touchés du chef d'un contrat d'assurance contracté à titre individuel en cas de vie, d'invalidité ou de décès.

Les rentes sont imposables en tant que revenus résultant de pensions ou de rentes.

Pour les contrats Bâloise – Pension PLAN

Les articles 99, 115 et 132 LIR détaillent le traitement réservé aux prestations découlant d'un contrat de prévoyance-vieillesse. L'article 111bis prévoit la possibilité pour le bénéficiaire (souscripteur et assuré) de percevoir le remboursement de 50% de l'épargne accumulée sous forme d'un capital, le solde devant être converti en rente viagère payable mensuellement. En fonction du mode de liquidation de la prestation choisi, un traitement fiscal spécifique s'applique :

- Le remboursement en capital est considéré comme un revenu divers et est imposé à la moitié du taux global ;
- La rente viagère mensuelle bénéficie d'une exemption de 50%, l'autre moitié de la rente étant imposée suivant le tarif normal des rentes et pensions (Art 96 LIR).

5. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA PERSONNE ASSURÉE

Les prestations perçues en cas de décès de l'assuré luxembourgeois sont soumises le cas échéant aux droits de succession.

Conformément aux articles 16, 17 et 18 de la loi du 28 janvier 1948 tendant à assurer la juste et exacte perception des droits d'enregistrement et de succession, au décès d'une personne assurée résidant en dernier lieu au Grand-Duché de Luxembourg, Bâloise Vie Luxembourg SA communiquera à l'Administration luxembourgeoise de l'Enregistrement et des Domaines, le nom des bénéficiaires du contrat ainsi que le montant des prestations versées.

Avertissement :

Tant en matière d'impôt sur le revenu que des droits de succes-

sion, il incombe au preneur ou à ses héritiers et au bénéficiaire de prendre toutes les mesures utiles en vue de la déclaration des prestations et du respect de la législation fiscale.

ANNEXE 7 : RÉGIME FISCAL APPLICABLE

Fiche informative décrivant le régime fiscal applicable pour les résidents belges.

1. PRÉAMBULE

La fiscalité applicable au contrat d'assurance est celle du pays de résidence habituelle du preneur. Les personnes résidentes en Belgique sont soumises à la législation fiscale belge.

Les informations ci-dessous concernent la fiscalité belge applicable aux souscripteurs ayant leur résidence en Belgique au moment de la conclusion du contrat. Elles reposent sur les législations actuellement en vigueur (version de juin 2016). Bâloise Vie Luxembourg S.A. ne peut toutefois assumer aucune responsabilité concernant l'exactitude et le caractère exhaustif de ces informations. Ce qui suit vous est donné à titre purement informatif et sans garantie pour l'avenir, notamment en cas de modification de la législation fiscale. Nous vous conseillons également de vous renseigner, le cas échéant, auprès d'un expert fiscal.

2. TAXE D'ASSURANCE

En tant que résident belge, ayant souscrit un contrat d'assurance-vie lié à des fonds, vous n'êtes soumis à aucune taxe d'assurance au Luxembourg.

Une taxe annuelle correspondant à 2 % des primes payées sera prélevée sur la prime au titre de taxe annuelle sur les contrats d'assurances.

Les personnes morales sont soumises à une taxe de 4,40%.

3. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA PERSONNE ASSURÉE

En cas de décès de l'assuré, dans l'hypothèse où ce dernier est une personne résidant en Belgique au moment de son décès, les sommes versées au(x) bénéficiaire(s) sont en principe soumises aux droits de succession. Ceux-ci dépendent :

- du lien de parenté entre le bénéficiaire et l'assuré ;
- de la région (Bruxelles, Wallonie ou Flandres) où l'assuré avait son domicile au moment du décès.

Le (les) bénéficiaire(s) sont tenus de déclarer personnellement aux autorités fiscales compétentes le montant des prestations bénéficiaires qui leur(s) ont été versées.

4. FISCALITÉ EN CAS DE RACHAT DU CONTRAT

Selon la législation actuelle et pour tout contrat d'assurance vie

comportant des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant ou à leur taux de rendement, les gains réalisés en cas de rachat (c'est-à-dire la différence entre les sommes payées, à l'exclusion des participations bénéficiaires, et le total des primes versées) sont en principe imposables au taux de 15% au titre des revenus mobiliers, sauf :

- lorsque le souscripteur s'est assuré exclusivement sur sa tête et que les avantages du contrat sont stipulés en sa faveur en cas de vie et que le contrat prévoit une couverture en cas de décès d'au moins 130% du total des primes versées ou ;
- lorsque le contrat est conclu pour une durée supérieure à huit ans et que les capitaux ou valeurs de rachats sont effectivement payées plus de huit ans après la conclusion du contrat.

Avertissement :

Tant en matière d'impôt sur le revenu que des droits de succession, il incombe au preneur ou à ses héritiers et au bénéficiaire de prendre toutes les mesures utiles en vue de la déclaration des prestations et du respect de la législation fiscale.

ANNEXE 8 : RÉGIME FISCAL APPLICABLE

Fiche informative décrivant le régime fiscal applicable pour les résidents français.

1. PRÉAMBULE

La fiscalité applicable au contrat d'assurance est celle du pays de résidence habituelle du preneur. Les personnes résidentes en France sont soumises à la législation fiscale française.

Les informations ci-dessous ne constituent qu'un simple résumé des principales règles françaises applicables aux souscripteurs ayant leur résidence fiscale en France à la date de conclusion du Contrat. Elles reposent sur la législation et la réglementation françaises en vigueur à la date de rédaction du présent document (version de juin 2016).

La Compagnie d'Assurance ne peut toutefois assumer aucune responsabilité concernant l'exactitude et le caractère exhaustif de ces informations. Ce qui suit vous est donné à titre purement informatif et sans garantie pour l'avenir, notamment en cas de modification de la législation fiscale. Nous vous recommandons vivement de prendre avis auprès d'un conseil fiscal.

2. TAXE D'ASSURANCE

En tant que résident fiscal de France, ayant souscrit un contrat d'assurance vie adossé à des fonds, vous n'êtes soumis à aucune taxe d'assurance au Luxembourg.

De même vous n'êtes pas redevable de la taxe sur les conventions d'assurance en France dès lors que ce contrat est un contrat d'assurance sur la vie.

Cependant pour autant que vous ayez souscrit des garanties

complémentaire en cas d'accident, invalidité, hospitalisation ou maladies redoutées, la taxe sur les conventions d'assurance est comptée sur les primes de risque.

3. OBLIGATION DE DÉCLARATION

Vous devez joindre à votre déclaration de revenus de l'année de souscription de votre contrat une déclaration établie sur papier libre qui reprend notamment vos données d'identification personnelles, l'identification de la compagnie d'assurance, l'identification du contrat (nom, référence, le type de contrat d'assurance, sa date d'effet et sa durée). Les éventuels avenants et opérations de dénouement total ou partiel survenus doivent également être déclarés dans la déclaration de revenus de l'année au cours de laquelle l'évènement est intervenu. L'absence de déclaration est sanctionnée par une amende fiscale.

4. IMPÔTS SUR LE REVENU DES PERSONNES PHYSIQUES

Les produits du Contrat, c'est-à-dire la différence entre les sommes versées par l'assureur au terme du Contrat et le montant total des primes que vous avez versées sont assujettis à l'impôt sur le revenu (au barème progressif) ou, si vous décidez d'exercer l'option, à un prélèvement libératoire dont le taux est fonction de la durée de vie du Contrat :

Durée de 0 à 4 ans : taux de 35%

Durée de 4 à 8 ans : taux de 15%

Durée de plus de 8 ans : taux de 7,5%

Les prélèvements sociaux (CSG, CRDS, prélèvement social et contribution additionnelle) s'ajoutent à l'impôt sur le revenu ou au prélèvement libératoire.

Veillez noter que la compagnie ne procède pas automatiquement au prélèvement à la source de ces impôts et contributions. Lorsque vous avez opté pour le prélèvement libératoire mais que vous ne nous avez pas expressément mandaté pour opérer le prélèvement et effectuer les déclarations nécessaires, vous supportez en tant que souscripteur la responsabilité de procéder aux déclarations nécessaires et d'acquitter les montants dus.

5. IMPÔT DE SOLIDARITÉ SUR LA FORTUNE

La valeur de rachat d'un contrat (au 1er janvier de l'année considérée) doit être prise en compte dans l'assiette de l'impôt de solidarité sur la fortune. Les obligations déclaratives en matière d'ISF vous incombent.

6. FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS DE LA PERSONNE ASSURÉE

Lorsqu'un contrat d'assurance se dénoue par le décès de la personne assurée, les capitaux versés à un ou des bénéficiaires désignés ne sont pas soumis à l'impôt sur les revenus. Les bénéficiaires se voient imposés. La fiscalité qui leur est applicable diffère selon que les versements de primes ont été effectués avant ou après le 70^{ième} anniversaire de l'assuré.

7. TAXE FORFAITAIRE (CGI ART. 990I)

Le capital issu des versements effectués avant les 70 ans du souscripteur est exonéré dans la limite de 152.500 Euros. Cet abattement s'applique par bénéficiaire aux capitaux transmis au titre de l'ensemble des contrats d'assurance vie souscrits à son profit. L'excédent est soumis à une taxe forfaitaire de 20% jusqu'à 902.838 Euros par part. Au-delà de 902.838 Euros par part, le taux est porté à 25%. Cette taxe est applicable quel que soit le lien de parenté entre l'assuré et le bénéficiaire à l'exception de ce qui est prévu par la loi TEPA.

La taxe, due par le bénéficiaire, est payable au comptable des impôts par l'assureur dans les quinze jours qui suivent la fin du mois au cours duquel les montants ont été versés aux bénéficiaires. Baloise Vie Luxembourg S.A., en tant qu'assureur luxembourgeois non établi en France mais admis à y opérer en Libre Prestation de Service s'acquittera de cette taxe personnellement ou par le biais d'un représentant établi en France.

8. DROITS DE SUCCESSION (CGI ART. 757 B)

La fraction des primes versées après le 70^{ème} anniversaire de l'assuré qui excède 30.500 euros, tous contrats d'assurance vie confondus, est taxable aux droits de mutation par décès qui dépendent du degré de parenté entre l'assuré et le bénéficiaire. Les produits générés par lesdites primes sont exonérés de toute imposition.

9. LOI TEPA

La Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail de l'emploi et du pouvoir d'achat (dite loi TEPA) supprime toute imposition du bénéficiaire en cas de décès, dans la mesure où celui-ci est, entre autres, le conjoint survivant ou le partenaire pacsé.

10. PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX

Les revenus perçus à l'occasion de rachats et des prestations décès sont également soumis aux prélèvements sociaux suivants : Contribution Sociale Généralisée, Contribution au Remboursement de la Dette Sociale, Prélèvement Social, Contribution additionnelle au Prélèvement Social, Prélèvement RSA.

En ce qui concerne les revenus perçus tirés à l'occasion de ra-

chats, veuillez noter que la compagnie ne procède pas automatiquement au prélèvement à la source des prélèvements sociaux. Lorsque vous avez opté pour le prélèvement libératoire mais que vous ne nous avez pas expressément mandaté pour opérer le prélèvement et effectuer les déclarations nécessaires, vous supportez en tant que souscripteur la responsabilité de procéder aux déclarations nécessaires et d'acquitter les montants dus.

Par ailleurs, il appartient aux bénéficiaires de prestations décès de déclarer les prélèvements sociaux dus et de les acquitter auprès du service des impôts de son (leurs) domicile(s).

ANNEXE 9 : EXPLOITATION DES DONNÉES PERSONNELLES

1. TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

La Compagnie, responsable du traitement, traite des données personnelles conformément au Règlement 2016/679 UE (RGPD).

Elle utilise ces informations exclusivement dans le but de remplir ses obligations légales et contractuelles, à savoir : évaluer le risque, administrer les contrats en cours, gérer les sinistres, prévenir le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, accomplir les devoirs incombant à la Compagnie en matière d'échange automatique de renseignements en matière fiscale.

Si cela est nécessaire et uniquement dans les buts précités, la Compagnie peut partager des données avec, entre autres, des réassureurs, des membres du Groupe Baloise, l'intermédiaire, des médecins-conseil, des experts, d'autres tiers avec qui elle a (ou le Preneur d'assurance a) un accord.

La Compagnie peut céder des risques à des réassureurs qui ont dès lors besoin d'avoir accès aux données.

Pour pouvoir exercer ses obligations, un intermédiaire d'assurances habilité pourra également recevoir de la Compagnie des données pour lui permettre d'assister le Preneur d'assurance et de le conseiller.

La Compagnie ne traite les données médicales du Preneur d'assurance que si ce dernier lui donne son consentement ou que si la loi l'y autorise.

La non fourniture de données ou le retrait de consentement sur le traitement de données peut entraîner une limitation ou un refus de couverture ou encore une impossibilité pour la Compagnie d'évaluer ou payer des prestations.

Le Preneur d'assurance dispose d'un droit d'accès, de rectification, de modification et, le cas échéant lorsqu'il y a une raison pour cela, de limitation partielle, d'opposition, de suppression ou de portabilité de ses données personnelles.

Les données en possession de la Compagnie peuvent être transmises au Preneur d'assurance sur simple demande. Une limitation du traitement des données personnelles peut entraîner l'impossibilité pour la Compagnie de poursuivre le contrat.

Néanmoins, la Compagnie peut limiter ou différer l'exercice du droit d'accès aux données à caractère personnel du Souscripteur lorsqu'une telle mesure est nécessaire pour :

- a. permettre à la Compagnie, à la cellule de renseignement financier, à une autorité de contrôle ou à un organisme d'autorégulation d'accomplir les obligations qui lui incombent en vertu de la législation relative à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.
- b. éviter de faire obstacle aux demandes de renseignements, analyses, enquêtes ou procédures à caractère officiel ou judiciaire menées en exécution de la législation luxembourgeoise relative à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme et pour ne pas compromettre la prévention et la détection des cas de blanchiment ou de financement du terrorisme ni les enquêtes en la matière.

La Compagnie protège et sécurise les données personnelles avec des mesures appropriées et de haute qualité. Nous conservons les données aussi longtemps que nécessaire pour le respect de nos obligations contractuelles et légales.

Des informations complémentaires sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.baloise.lu/fr/Politique-de-donnees/Politique-de-donnees.html>

Pour toutes questions sur la vie privée, le Data Protection Officer de la Compagnie peut être contacté aux coordonnées suivantes : Data Protection - 23, rue du Puits Romain à L-8070 Bertrange - E-mail : dataprotection@baloise.lu

2. SECRET PROFESSIONNEL

La Compagnie peut communiquer des données à des tierces personnes dans les cas et conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances relatif au secret professionnel.

Dans certains cas, la transmission de données, qui sont soumises au secret professionnel, implique l'établissement d'une autorisation spécifique de l'intéressé(e) (levée du respect de l'obligation du secret professionnel).

Bâloise Vie Luxembourg S.A.

Siège social: 23, rue du Puits Romain, L-8070 Bertrange

R.C.S. Luxembourg B 54 686

Société Anonyme de droit luxembourgeois

Tél.: +352 290 190 - 777

info@baloise.lu

www.baloise.lu