



Service Public  
Fédéral  
FINANCES

Caisse des Dépôts et Consignations

*Fonds Spécial de Protection des dépôts et des  
assurances sur la vie*

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION D'UN  
PRODUIT RELEVANT DE LA BRANCHE 21 DES  
ASSURANCES SUR LA VIE,  
soumis au droit belge.  
(à l'exception du « deuxième pilier »)**



**Partie 1 – Conditions pour être remboursé dans le cadre de la réglementation du système de protection des assurances sur la vie**

La réglementation relative à la protection des assurances sur la vie est uniquement applicable aux assurances sur la vie à rendement garanti (branche 21) soumis au droit belge à l'exception du second pilier (complet). Les autres assurances, par exemple les assurances du second pilier, ne tombent pas sous l'application de l'intervention du Fonds Spécial de Protections des dépôts et des assurances sur la vie..

De plus, seules certaines catégories de personnes peuvent profiter de cette protection des assurances sur la vie. Dès lors, vous êtes invités à lire attentivement le questionnaire ci-après et à y répondre par oui ou non (biffer les mentions inutiles). Ce questionnaire a pour but de déterminer si le demandeur entre dans les conditions pour pouvoir bénéficier d'un remboursement.

Attention, les questions portent sur la personne du demandeur (personne physique ou personne morale) et non sur celle de son éventuel représentant.

1	Le demandeur est un établissement de crédit, une entreprise d'investissement, une entreprise d'assurance, un fonds de pension, un organisme de placement collectif ou toute autre entreprise financière.	Oui/Non
2	Le demandeur est une société ou une entreprise dont la dimension est telle qu'elle n'est pas autorisée à établir un bilan abrégé ou une société ou entreprise de dimension comparable.	Oui/Non
3	Le demandeur agit au nom ou pour le compte d'une organisation publique, par exemple l'Etat belge, une communauté, une région, une province, une commune, une collectivité étrangère similaire, ou tout organisme d'intérêt public relevant de ces autorités et des associations constituées entre elles.	Oui/Non
4	Le demandeur est une personne liée à la gestion de l'établissement pris en défaut, par exemple un administrateur, un gérant ou toute autre personne qui a participé à la gestion effective de l'établissement défaillant, un associé personnellement responsable ou une association qui détient au moins 5% du capital de l'établissement défaillant ou une personne chargée du contrôle légal des comptes ou de la situation comptable de l'établissement défaillant.	Oui/Non
5	Le demandeur agit au nom ou pour le compte du groupe auquel appartient l'établissement défaillant.	Oui/Non
6	Le demandeur demande le remboursement des avoirs pour lesquels il a reçu des taux et avantages dépassant ceux consentis à la même époque pour des avoirs de la même nature dans la même monnaie, de même catégorie, de même durée et de même montant et qui ont contribué à aggraver la situation financière de l'établissement défaillant.	Oui/Non

Si vous avez répondu d'une manière affirmative à une ou à plusieurs des questions posées ci-avant, vous n'entrez pas dans les conditions pour bénéficier d'une intervention. Si vous le souhaitez, vous pouvez également consulter l'AR du 16 mars 2009 relatif à la Protection des Dépôts et des Assurances sur la Vie par le Fonds Spécial de Protection des Dépôts et des Assurances sur la Vie. Dans cet arrêté est repris, entre autres, quels avoirs n'entrent pas en ligne de compte pour une intervention (voir art. 9 et 10 – <http://www.fondsspecialdeprotection.be/fr/Legislation.htm>).



## **Partie 2 – Coordonnées du demandeur**

Cette partie doit obligatoirement être complétée même si le demandeur se fait représenter par une autre personne (voir partie 3).

Si le demandeur est une personne physique, la partie 2.1. doit obligatoirement être complétée. Si le demandeur est une personne morale, la partie 2.2. doit obligatoirement être complétée.

### **2.1 Personne Physique**

<b>NOM</b>	
<b>PRENOM(S)</b>	
<b>M / F</b>	
<b>ADRESSE (Rue et n°)</b>	
<b>CODE POSTAL</b>	
<b>COMMUNE / VILLE</b>	
<b>PAYS</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	
<b>LIEU DE NAISSANCE</b>	
<b>NUMERO DE REGISTRE NATIONAL</b>	
<b>NUMERO DE CARTE D'IDENTITE</b>	
<b>NUMERO DE TELEPHONE</b>	
<b>E-MAIL</b>	

Veuillez ajouter une copie de la carte d'identité du demandeur (recto/verso)



## 2.2 Personne Morale

<b>NOM</b>	
<b>ADRESSE (Rue et n°) (Siège social)</b>	
<b>CODE POSTAL</b>	
<b>COMMUNE / VILLE</b>	
<b>PAYS</b>	
<b>FORME JURIDIQUE</b>	
<b>NUMEROS DE TVA ou BCE</b>	
<b>NUMERO DE TELEPHONE</b>	
<b>E-MAIL</b>	

Veuillez ajouter une copie des statuts (et de toutes ses modifications) du demandeur.



**Partie 3 – Coordonnées du représentant du demandeur**

Cette partie doit obligatoirement être complétée, si vous agissez au nom et pour compte d'un demandeur, par exemple dans le cas d'un représentant légal, un mandataire, etc

<b>NOM</b>	
<b>PRENOM(S)</b>	
<b>M / F</b>	
<b>ADRESSE (Rue et n°)</b>	
<b>CODE POSTAL</b>	
<b>COMMUNE / VILLE</b>	
<b>PAYS</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b>	
<b>LIEU DE NAISSANCE</b>	
<b>NUMERO DE REGISTRE NATIONAL</b>	
<b>NUMERO DE CARTE D'IDENTITE</b>	
<b>NUMERO DE TELEPHONE</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>EN QUALITE DE</b>	

Veillez ajouter les documents suivants:

- une copie de la carte d'identité du représentant (recto-verso)
- une copie du document qui prouve votre mandat



**Partie 4 – Numéro de compte bancaire sur lequel l'indemnisation doit être versée**

<b>AU NOM DE</b>	
<b>Code BIC</b>	
<b>Code IBAN</b>	
<b>NOM DE LA BANQUE</b>	



**Partie 5 – La créance du demandeur (assurances sur la vie)**

**Partie 5.1 : Information relative à l'établissement d'assurance en défaillance avec lequel vous avez contracté un contrat d'assurance sur la vie (à compléter obligatoirement)**

Nom de l'entreprise d'assurance	
Numéro - CBFA de l'entreprise d'assurance (si connu)	

**Partie 5.2 : Information relative au contrat d'assurance sur la vie pour lequel vous demandez une indemnisation (à compléter obligatoirement)**

Veuillez compléter les tableaux suivants (voir parties 5.2.1 et 5.2.2) pour chaque contrat d'assurance sur la vie pour lequel vous demandez une intervention. Nous vous rappelons que seuls les contrats d'assurances sur la vie avec rendement garanti (branche 21) soumis au droit belge à l'exclusion du « second pilier (complet) » peuvent faire l'objet d'une intervention

*5.2.1 Information générale concernant le contrat d'assurance sur la vie*

Numéro de police du contrat	
Dénomination du produit branche 21 pour lequel vous demandez une intervention	
Date d'entrée en vigueur du contrat	
Qualité du demandeur	<p>Veuillez biffer ce qui est inutile :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. preneur d'assurance d'un contrat non encore expiré</li><li>2. bénéficiaire d'un contrat pour lequel les prestations de rente sont déjà en cours (uniquement applicable aux assurances de rentes) <sup>(1)</sup></li><li>3. bénéficiaire d'un contrat venu à échéance mais pour lequel aucune prestation n'a encore été effectuée.</li></ol> <p><sup>1)</sup> Veuillez joindre la preuve du dernier paiement de rente à votre demande</p>



<p><b>Le demandeur est-il également le preneur de l'assurance ?</b></p>	<p>Oui/Non (biffer la mention inutile)</p> <p>Si non,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Précisez le lien / l'affiliation entre le demandeur et le preneur de l'assurance : .....</li> </ul> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La personne indiquée dans le contrat comme bénéficiaire a-t-elle accepté ce bénéfice? Oui/Non (biffer la mention inutile)</li> </ul>
<p><b>Le demandeur est-il également l'assuré mentionné dans le contrat?</b></p>	<p>Oui/Non (biffer la mention inutile)</p> <p>Si non,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Précisez le lien / l'affiliation entre le demandeur et l'assuré: .....</li> <li>L'assuré est-il encore en vie? Oui/Non (biffer la mention inutile) Si non, donnez la date du décès de l'assuré: .../.../.....</li> </ul>

*5.2.2. Information relative au preneur d'assurance et à l'assuré du contrat d'assurance sur la vie pour lequel est demandée une intervention*

	<p><b>Preneur d'assurance</b> (complétez uniquement dans le cas où le preneur d'assurance est une personne différente du demandeur)</p>	<p><b>Assuré</b> (complétez uniquement dans le cas où l'assuré est une personne différente du demandeur)</p>
<b>Nom</b>		
<b>Prénom(s)</b>		
<b>Genre</b>		
<b>Adresse (rue en n°)</b>		
<b>Code postal</b>		
<b>Commune / ville</b>		



<b>Pays</b>		
<b>Date de naissance</b>		
<b>Lieu de naissance</b>		
<b>Date du décès</b>		
<b>Numéro de registre national (si disponible)</b>		
<b>Forme juridique</b>		
<b>Numéro de TVA ou BCE</b>		



**Partie 6 – Déclaration du demandeur**

Le demandeur déclare:

1. qu'à sa connaissance, les créances mentionnées dans la partie 5 peuvent entrer en compte pour un remboursement et ne tombent pas sous l'article 10 de l'AR relatif à la protection des dépôts et des assurances sur la vie par le Fonds Spécial de Protection des Dépôts et des Assurances sur la Vie ;
2. que les créances mentionnées dans la partie 5 sont à sa connaissance exactes ;
3. que les données qu'il a remplies dans ce formulaire sont à sa connaissance exactes;
4. qu'il accepte la subrogation du Fonds Spécial de Protection dans sa créance et ses droits de revendication éventuels comme stipulé dans l'article 20 de l'AR du 16 mars 2009;
5. qu'il reconnaît que chaque fausse déclaration de sa part peut avoir pour conséquence que le Fonds Spécial de Protection récupère la totalité ou une partie de son intervention. Dans ce cas le demandeur peut également être poursuivi judiciairement (voir article 21 de l'AR du 16 mars 2009);
6. qu'il a pris connaissance des conséquences fiscales relatives à sa demande d'intervention;
7. qu'à sa connaissance, aucune condamnation pénale pour blanchiment de capital n'a été prononcée pour les avoirs pour lesquels il demande remboursement.

**SI LE DEMANDEUR EST UNE PERSONNE PHYSIQUE**

Certifié conforme à....., le.....

Nom du demandeur

Signature



Nom du représentant (si d'application)

Signature

Nom du bénéficiaire qui a accepté le bénéfice (si d'application)

Signature

**SI LE DEMANDEUR EST UNE PERSONNE MORALE**

Certifié conforme à....., le.....

Nom du représentant (mandataire)

Signature

Nom du bénéficiaire qui a accepté le bénéfice (si d'application)

Signature

**NOMBRE D'ANNEXE (S) : ..... (veuillez numéroter vos annexes S.V.P.)**