

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat d'assurance sur la vie

PROTECTIM

ASSURANCE TEMPORAIRE DÉCÈS
ASSURANCE DE PRÊT

Afi • Esca



GRUPE BURRUS

PROTECTIM

ASSURANCE TEMPORAIRE DÉCÈS - ASSURANCE DE PRÊT

Afi • Esca 

GROUPE BURRUS

PRÉAMBULE AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT D'ASSURANCE SUR LA VIE

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES

Une souscription à titre personnel ou professionnel.

■
La couverture à la souscription d'un ou de plusieurs prêts contracté(s) auprès d'un même organisme prêteur.

Paiement d'un capital déterminé aux Conditions Particulières si l'assuré décède avant le terme du contrat.

Paiement sans supplément de prime d'un capital supplémentaire et forfaitaire de 3000€ pour couvrir les dépenses liées au décès de l'assuré si le contrat souscrit couvre le remboursement d'un prêt hypothécaire d'un capital assuré supérieur à 100000€. Ce capital supplémentaire ne concerne que les contrats souscrits par une personne physique.

Rien n'est payé par l'Assureur si l'assuré décède après le terme du contrat et les primes payées restent acquises à l'Assureur.

Possibilité en cours de vie du contrat de poursuivre celui-ci même si le / les crédits sont remboursés anticipativement. Il est possible également d'adapter le contrat PROTECTIM à l'évolution de votre / vos crédit(s) en cours de vie du contrat.

■
Une souscription de 18 à 80 ans.

■
Une couverture décès possible jusqu'à 90 ans.

■
Deux garanties complémentaires facultatives :

- Invalidité Permanente Totale.
- Incapacité Temporaire et Totale de travail.

■
Des primes calculées en fonction du capital restant dû (fixes ou variables).

■
Un contrat de Droit Belge.

Cependant, le Droit Fiscal ainsi que les dispositions légales applicable aux successions sont ceux du pays de résidence du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré ou encore du/des Bénéficiaire(s) selon le cas.

QUELQUES PROCÉDURES UTILES

AU BON DÉROULEMENT DE LA SOUSCRIPTION AINSI QUE DES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS DE LA VIE DE VOTRE CONTRAT PROTECTIM

Votre intermédiaire vous a remis les documents nécessaires à l'établissement de votre contrat :

LA PROPOSITION D'ASSURANCE

Remplissez intégralement votre proposition d'assurance, sans oublier de la dater et de la signer. N'oubliez pas de compléter, si vous êtes concerné(e), les déclarations spécifiques (non-fumeur, activités sportives et professionnelles, séjour,...) et de cocher les garanties choisies. Pensez également à joindre votre tableau d'amortissement remis par l'organisme prêteur, s'il est déjà en votre possession.

LES FORMALITÉS MÉDICALES ET FINANCIÈRES

En fonction de votre situation, votre intermédiaire vous a indiqué les éléments médicaux indispensables à l'étude de votre dossier. En dehors du questionnaire de santé simplifié, de l'annexe sport éventuelle, et du questionnaire médical, les autres examens sont à effectuer auprès du ou des professionnel(s) de votre choix, ou auprès d'un centre agréé, en Belgique ou au Luxembourg, selon votre pays de résidence.

RISQUES DE SANTE ACCRUS

En cas de risque(s) de santé accru(s), le législateur a prévu des solutions pour vous permettre de souscrire une assurance temporaire décès, solde restant dû afin de couvrir le remboursement d'un crédit, et ce, selon certaines conditions définies par la législation. En Belgique, notamment, il s'agit de la Loi dite « PARTYKA », n'hésitez pas à demander plus d'informations à votre courtier.

Durant la période où vous êtes assuré(e) :

REMBOURSEMENT OU MODIFICATION

En cas de remboursement partiel du prêt ou modification de votre contrat de prêt :

Transmettez-nous votre nouveau tableau d'amortissement. Nous établirons ainsi un avenant à votre contrat d'assurance afin de prendre en compte ces nouveaux éléments. Une demande d'information médicale pourra vous être demandée en cas de modification du prêt (notamment augmentation de la durée, du capital, ...) ou d'ajout de garanties.

RENÉGOCIATION DE VOTRE PRÊT

En cas de renégociation de votre prêt auprès d'un nouvel organisme bancaire, contactez votre intermédiaire d'assurance.

MODIFICATIONS DE VOS COORDONNÉES

Pour toute autre modification (changement de coordonnées bancaires, adresse,...)

Faites part à votre intermédiaire ou à notre Service Clients de toutes les modifications pouvant intervenir durant votre période de garantie.

EN CAS DE SINISTRE

Des pièces justificatives devront être transmises au Service Clients de l'Assureur – 81, Chaussée de Nivelles, B-1420 Braine-l'Alleud, au plus tard dans un délai de trois mois concernant les garanties I.P.T. et I.T.T.

REMBOURSEMENT ANTICIPÉ

En cas de remboursement anticipé total de votre prêt,

transmettez-nous l'attestation de remboursement anticipé total de votre prêt, établie par l'organisme prêteur afin de procéder éventuellement à la résiliation de votre contrat avec le remboursement éventuel, s'il y a lieu de la valeur de rachat théorique de celui-ci. Sans information de votre part, votre contrat se poursuivra sans modifications, dans les limites de la prime payée, s'il s'agit d'un contrat à prime unique, ou dans les limites des primes réellement payées, s'il s'agit d'un contrat à primes payables périodiquement, et ce, conformément aux Conditions Particulières définies lors de la souscription du contrat, ou selon le cas, aux Conditions Particulières définies lors du dernier avenant émis par nos soins.

RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Vous souhaitez procéder à la résiliation de votre contrat et votre prêt est toujours en cours. Si l'organisme prêteur est bénéficiaire de votre contrat, un accord de leur part est indispensable à toute résiliation. Il vous appartient donc de joindre à votre demande une mainlevée de l'organisme prêteur, nous libérant de nos obligations. Dans l'hypothèse où votre contrat de prêt n'est plus en cours, il vous suffit de nous adresser un courrier daté et signé par vos soins, en sollicitant la résiliation de votre contrat. Dans les limites légales et contractuelles ci-dessous reprises, nous vous rembourserons, s'il y a lieu, la valeur de rachat théorique de votre contrat, c'est-à-dire la partie de la ou les prime(s) payée(s) et non absorbée(s) par la couverture du risque, et ce, sans frais supplémentaires en faveur de l'Assureur. Seul les frais de commissionnement aux intermédiaires, les taxes ainsi que les frais de dossier seront conservés par l'Assureur.

ARTICLE 1 DÉFINITIONS

Assureur : AFI ESCA , Société Anonyme de droit français au capital de 12 359 520€, dont le siège social se trouve au 2, quai Kléber, 67000 Strasbourg (France) – RCS Strasbourg : 548 502 517 et la Succursale belge se trouve Chaussée de Nivelles, 81, 1420 Braine-l'Alleud – N° d'entreprise BE 0839.960.909 RPM Nivelles – N° d'agrément BNB : 2746 – IBAN : BE94 3751 0081 5314 – BIC : BBRU BEBB.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

Preneur d'assurance (Souscripteur) : Personne physique ou morale qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Preneur d'assurance peuvent être la même personne.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur. Le Bénéficiaire en cas de décès est désigné aux Conditions Particulières, conformément aux précisions figurant dans la Proposition d'assurance. Le Bénéficiaire en cas d'I.P.T. et d'I.T.T. est l'Assuré.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

Incapacité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Permanente Totale s'il est dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité rémunérée y compris une activité de direction ou de surveillance et ce, de façon permanente. L'incapacité doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) : L'Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable par suite d'accident ou de maladie d'exercer une quelconque activité rémunérée y compris une activité de direction ou de surveillance. L'incapacité temporaire de travail doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale.

Accident : Toute atteinte corporelle décelable, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Quotité : Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital assuré à la souscription, précisé aux Conditions Particulières, et le montant du prêt consenti par l'Organisme prêteur, au vu des éléments communiqués à la souscription.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti, c'est-à-dire qui n'est pas exclu par les présentes Conditions Générales, les Conditions Particulières s'il échet, ainsi que par les dispositions légales en matière d'assurance vie.

Valeur de rachat : La valeur de rachat du contrat est calculée sur base de la partie de la prime ou des primes payées, non absorbée par la couverture du risque, nette de tous frais de commissionnement aux intermédiaires, de taxe payée par l'Assureur ainsi que des frais de dossier.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 2 OBJET DE L'ASSURANCE

PROTECTIM est un contrat individuel d'assurance sur la vie de type « Temporaire Décès ».

■ Paiement d'un capital en cas de décès de l'assuré

L'Assureur garantit le paiement d'un capital en cas de décès de l'Assuré, garantie obligatoire du contrat, au cours de la période assurée. Ce capital est décroissant, c'est-à-dire qu'il diminue périodiquement pendant la durée du contrat, comme décrit aux Conditions Particulières. Il sera tenu compte du capital assuré au moment du décès tel que stipulé aux Conditions Particulières ou au dernier avenant.

Ce contrat appelé aussi «solde restant dû » ou « assurance de prêt » est lié à un crédit et a pour objectif de rembourser le solde en capital restant dû sur le crédit, partiellement ou totalement, en cas de décès prématuré de l'assuré durant la période assurée. En cours de vie du contrat, si le Preneur d'assurance continue le paiement de ses primes, ou a payé la prime unique correspondante, celui-ci peut subsister comme prévu initialement à la souscription ou au dernier avenant, même si le crédit ayant fait l'objet de sa souscription a été remboursé anticipativement ou n'existe plus, excepté dans le cas où le Preneur d'assurance a expressément demandé la résiliation du contrat ou sa modification.

■ Paiement d'un capital supplémentaire et forfaitaire de 3000€ sans supplément de prime

Suite au décès de l'assuré, pour autant que le Preneur d'assurance soit une personne physique, un capital supplémentaire et forfaitaire de 3000€ est payé sans supplément de prime aux héritiers légaux de l'assuré pour couvrir les dépenses liées au décès. Le contrat souscrit doit couvrir le remboursement d'un prêt hypothécaire dont le capital assuré est supérieur à 100 000€.

Deux garanties complémentaires sont également proposées :

- L'Invalidité Permanente Totale,
 - L'Incapacité Temporaire et Totale de travail.
- Ces garanties sont définies à l'article 1.

Les combinaisons suivantes sont proposées à l'Assuré à la souscription :

- (a) Décès
- (b) Décès + I.P.T.
- (c) Décès + I.P.T. + I.T.T.

Pendant, seules sont accordées à l'Assuré les garanties mentionnées aux Conditions Particulières.

Il est précisé que cette assurance :

- comporte une valeur de rachat qui est égale au montant des primes ou de la prime payée(s) non absorbée(s) par la couverture du risque à la date de la réception par l'Assureur de la demande de rachat, ou bien, selon le cas, lors de la survenance d'un sinistre « Décès » exclu tel que défini dans les présentes Conditions Générales et aux Conditions Particulières s'il échet, ainsi que par les dispositions légales en matière d'assurance vie,
- ne prévoit pas d'avantage en cas de vie de l'Assuré au terme,
- ne donne droit à aucune participation bénéficiaire.

ARTICLE 3 ADMISSION À L'ASSURANCE

3.1. - Age de l'Assuré et activité professionnelle à la souscription

Pour être admis à la garantie obligatoire en cas de Décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 80 ans.

Pour être admis aux garanties I.P.T. et I.T.T., la personne à assurer doit être âgée de moins de 60 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée à la date de la survenance du sinistre.

3.2. - Modalités de souscription

Sous peine de nullité du contrat, si le Preneur d'assurance et l'assuré sont des personnes différentes, l'Assuré doit impérativement signer également la proposition d'assurance ainsi que le questionnaire médical et les conditions particulières. Ces documents doivent être transmis à l'Assureur accompagnés du versement de la prime ou du mandat de domiciliation européen SEPA.

La personne à assurer est soumise à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription. Les examens médicaux doivent être réalisés en Belgique ou au Luxembourg, selon le pays de résidence de l'assuré.

Les frais correspondants sont remboursés par AFI ESCA, sauf si le Preneur d'assurance ne donne pas suite à sa demande de souscription pour un motif autre que le refus ou l'acceptation sous condition(s), de la part d'AFI ESCA.

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration, si elle est intentionnelle, entraînera la nullité du contrat, les primes demeurant acquises à l'Assureur.

Au vu de ces éléments et en fonction de l'activité professionnelle, sportive ou des risques de séjours de l'Assuré, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaine(s) garantie(s) ou de certain(s) risque(s).

Si l'Assureur accepte le risque, il établit des «Conditions Particulières» précisant les garanties souscrites et leurs montants, la date d'effet et la durée du contrat, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation ainsi que les bénéficiaires désignés.

S'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception, et rembourse l'intégralité des sommes versées à la souscription.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime et/ou exclusion médicale, l'Assuré doit donner son accord écrit sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

En l'absence de réponse de l'Assureur dans un délai de 30 jours suivant la réception de la proposition d'assurance, l'Assureur s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée sur les Conditions Particulières ne sera pas pris en charge (sauf application de la garantie « couverture accidentelle immédiate » décrite à l'Article 6).

En cas de souscription électronique, l'assuré a la possibilité de signer par voie électronique les documents de souscription : la proposition d'assurance, les conditions d'acceptation et les questionnaires de risque.

Ce procédé de signature électronique utilise une signature dite qualifiée. En accomplissant les formalités de souscription en ligne, le preneur d'assurance et l'assuré reconnaissent la fiabilité du procédé de signature électronique et reconnaissent également que celui-ci a la même validité et la même force probante que la signature manuscrite.

3.3. - Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider à titre principal en Belgique ou au Luxembourg.

3.4. - Conditions relatives à l'Organisme prêteur

Le prêt doit être contracté auprès d'un organisme prêteur situé en Belgique.

ARTICLE

4

DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est considéré comme conclu :

- soit à la date de réception par le Preneur d'assurance des Conditions Particulières si le risque est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées,
- pour ce qui est des contrats conclus « à distance » et au moyen d'une police présignée, tels que définis par la Loi du 04 avril 2014 relative aux assurances, à la date de signature du contrat, des Conditions Particulières par le Preneur d'assurance, ainsi que de la signature par l'Assuré, s'il est différent du Preneur d'assurance, du questionnaire médical simplifié duquel il appert que l'Assureur peut accepter le risque sans surprime, ni exclusion(s) médicale(s).

Les Conditions Particulières sont présumées avoir été reçues 7 jours calendaires après leur envoi par l'Assureur.

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation et de résiliation (voir articles 19 et 21).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,
- de l'encaissement effectif de la première prime,

les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, et au plus tôt à la date de prise d'un engagement du Preneur d'assurance vis-à-vis de l'Organisme Prêteur, matérialisé par l'acceptation de l'offre de prêt par le Preneur d'assurance. Dans le cas où le prêt subsiste pour toute la durée du contrat, s'il s'avère que le terme du prêt se trouve finalement être postérieur

CONDITIONS GÉNÉRALES

au terme du contrat indiqué aux Conditions Particulières, tout sinistre éventuel survenant après le terme du contrat sera pris en charge par l'Assureur, si les trois conditions suivantes sont simultanément réunies :

- le prêt garanti à la souscription est amortissable,
- la durée du contrat est au moins égale à la durée initiale du prêt,
- le dépassement n'excède pas six mois.

Dans tous les autres cas, un avenant devra être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du prêt.

ARTICLE 5 SIGNATURE DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

Les différentes parties doivent signer et renvoyer à la Compagnie l'exemplaire des Conditions Particulières lui revenant. Cependant, cette formalité ne conditionne ni la validité du contrat, ni la prise d'effet des garanties.

ARTICLE 6 COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMÉDIATE

Dès le lendemain du jour de la signature de la Proposition d'assurance et sous réserve que l'Assuré ait accepté l'offre de prêt et payé à l'Assureur la première prime ou lui ait communiqué l'ensemble des pièces nécessaires à la domiciliation de ladite prime, une garantie «Accident» limitée au seul risque Décès est accordée pour une durée de 60 jours.

Dans ce cas, l'engagement de l'Assureur sera limité à cent cinquante mille euros (150.000€).

Si, pendant cette période, l'étude du dossier de l'Assuré conclut à un refus de toute garantie dans les conditions citées à l'article 3.2., la couverture accidentelle immédiate cesse à compter du jour de la réception par le Preneur d'assurance de cette notification de refus.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.

ARTICLE 7 PRESTATIONS

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur.

Le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même prêt pour l'ensemble des assurés peut excéder ce montant, chaque assuré bénéficiant d'un contrat qui lui est propre.

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé à la date de réalisation du risque, sur la base des caractéristiques du prêt fournies à la souscription et reprises dans les Conditions Particulières ou dans le dernier avenant, et en tenant compte de la quotité assurée.

En cas de règlement en capital (Décès ou I.P.T.), le capital versé, à l'exclusion du capital supplémentaire et forfaitaire de 3000€ en ce qui concerne la garantie décès, ne peut excéder le montant du capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de réalisation du risque, tel qu'indiqué dans le tableau intégré aux Conditions Particulières.

7.1. - En cas de Décès

Le capital versé au(x) Bénéficiaire(s) est calculé sur base du capital assuré aux Conditions Particulières ou dans le dernier avenant, à la date du décès sans tenir compte du paiement d'un capital supplémentaire et forfaitaire de 3000€.

7.2. - En cas d'I.P.T.

Le capital versé au bénéficiaire est calculé sur la base du capital assuré aux Conditions Particulières ou dans le dernier avenant à la date de consolidation de son état d'I.P.T.

7.3. - En cas d'I.T.T.

En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail de l'Assuré, l'Assureur prend en charge les remboursements d'emprunt(s) multipliés par la quotité assurée pendant toute la durée de l'incapacité, dans les limites et aux conditions définies ci-après. Dans le cas d'un crédit à capital constant, la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêts échue. Dans le cas où l'emprunt ayant servi de base de calcul pour la définition des capitaux assurés lors de la souscription du contrat n'existe plus, les mensualités

payables à l'Assuré par l'Assureur seront calculées sur base des remboursements d'emprunt(s) mensuels établis lors de la souscription du présent contrat.

Par ailleurs, les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant la durée de l'incapacité de travail prise en charge par l'Assureur.

Est exclu de la garantie, tout Assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle à la date de survenance du sinistre.

Durée de la prise en charge

La prise en charge des remboursements d'emprunt(s) par l'Assureur ne prendra effet qu'à compter du 91ème jour d'Incapacité Temporaire et Totale de travail ininterrompue de l'Assuré. Cette prise en charge ne pourra prendre effet que dans le respect des formalités prévues à l'Article 14.3.

Le montant des échéances prises en charge correspond aux caractéristiques du/des prêt(s) fournies par le Preneur d'assurance, mentionnées sur les Conditions Particulières du contrat et tient compte de la quotité assurée.

Seuls les remboursements venant à échéance, ou calculés sur une échéance mensuelle fictive lorsque le crédit n'existe plus, à partir de la date du sinistre seront à la charge de l'Assureur.

Le délai de carence de 90 jours ne sera pas appliqué en cas de rechute, sous réserve que celle-ci intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

Toute reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré mettra fin à la prise en charge. En outre, cette garantie prend fin dans les conditions stipulées à l'article 10.

Dans tous les cas, la durée de prise en charge ne pourra excéder 36 mois.

En outre, le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré est fixé à 300 000€ représentant l'assiette maximale servant de base de calcul aux prestations au titre de la garantie I.T.T.

Si le capital assuré est supérieur à ce montant, les prestations versées au titre de la garantie I.T.T. seront réduites proportionnellement, afin de correspondre à un capital assuré de maximum 300.000€.

7.4 En cas de survenance d'un risque exclu

En cas de décès de l'assuré par suite de survenance d'un risque exclu, l'Assureur paie au bénéficiaire la valeur de rachat théorique du contrat à savoir la partie non consommée pour la couverture des risques des primes payées nette de tous frais de commissionnement aux intermédiaires, de taxe payée par l'Assureur ainsi que des frais de dossier. En cas de fait volontaire du/des Bénéficiaire(s) ayant provoqué le décès de l'assuré, ou s'il(s) l'a/ont sciemment suscité, dans le cadre du risque exclu, l'Assureur ne leur payera rien.

ARTICLE

8

ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier, pour autant, en ce qui concerne les garanties I.P.T. et I.T.T., que l'Assuré réside en Belgique ou au Luxembourg.

La preuve d'un décès survenu hors de Belgique ou du Luxembourg devra être fournie au moyen d'un certificat établi par le consulat ou l'ambassade belge ou luxembourgeoise dans le pays concerné.

L'état d'Invalidité Permanente Totale ou d'Incapacité Temporaire et Totale de travail devra obligatoirement être constaté médicalement en Belgique ou au Luxembourg.

ARTICLE

9

MODIFICATION DES GARANTIES

Le Preneur d'assurance peut demander, à tout moment, pour le Luxembourg, avec l'accord de l'Assuré s'il est différent, et de l'Organisme prêteur s'il est bénéficiaire, une modification des garanties :

- augmentation ou diminution des garanties,
- souscription ou suppression d'une des garanties complémentaires (sous réserve du respect des combinaisons (a), (b) et (c) proposées à la souscription).

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le Preneur d'assurance s'engage à adresser dès qu'il en a connaissance le tableau d'amortissement définitif à l'Assureur afin que ce dernier ajuste ses garanties et lui envoie l'avenant correspondant, sous réserve évidemment de ce qui stipulé ci-après lorsque le crédit a été remboursé anticipativement ou que le présent contrat n'est plus un contrat annexe ou accessoire d'un crédit, auquel cas le Preneur d'assurance pourra ajuster contractuellement les capitaux à assurer, moyennant l'accord de l'Assureur.

Important :

Il est précisé qu'en cas de remboursement anticipé du crédit, si l'Assuré n'informe pas l'Assureur de son intention de résilier le présent contrat PROTECTIM, celui-ci se poursuivra conformément aux Conditions Générales et Particulières définies lors de la souscription du contrat ou du dernier avenant, et ce, proportionnellement au montant des primes payées après le remboursement anticipé dudit crédit ou de la prime unique payée à la souscription, selon le cas. En cours de contrat, la disparition du crédit existant lors de sa souscription n'est pas une cause suffisante à elle seule pour entraîner la résiliation d'office de celui-ci. En effet, la demande de résiliation ou de rachat du contrat, si ce dernier est possible, ou encore de modification des capitaux à assurer, par le Preneur d'assurance doit être matérialisée par un courrier daté et signé adressé à l'Assureur, afin que celui-ci puisse résilier ou adapter le contrat et émettre l'avenant nécessaire.

En effet, l'existence de minimum un crédit faisant l'objet du présent contrat lors de la conclusion de ce dernier est obligatoire, afin que ce contrat d'assurance vie temporaire décès à capital décroissant puisse être souscrit en garantie du remboursement d'un emprunt, soit à titre annexe ou accessoire. Mais cette obligation n'est plus d'application en cours de vie du contrat.

A défaut, en cas de sinistre, les prestations versées ne pourront être supérieures à celles calculées sur la base des Conditions Particulières du contrat ou du dernier avenant, définies ou émis avant la date de la survenance du sinistre.

Toute modification prend effet après paiement de la prime y afférente et envoi de l'avenant au contrat correspondant. A cet effet, des frais d'avenant de 15 euros seront prélevés par l'Assureur.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie ou souscription à de nouvelles garanties et d'adresser l'avenant correspondant, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 3.2.

ARTICLE 10 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - * pour la garantie Décès au 90ème anniversaire de l'Assuré,
 - * pour les garanties Incapacité Temporaire et Totale de travail et Invalidité Permanente Totale, au jour du départ en retraite ou en préretraite et au plus tard, au 65ème anniversaire de l'Assuré.
- le jour où le contrat est résilié, à l'initiative du Preneur d'assurance, ou suite au défaut de paiement des primes, sans préjudice quant aux dispositions relatives au droit à la réduction du contrat,
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès ou d'I.P.T., ou de la valeur de rachat théorique du contrat,
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle.

ARTICLE 11 EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Aucune garantie n'est due lorsque le sinistre est la conséquence des faits suivants:

- suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance,

Il est précisé cependant que la personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une aide au suicide, dans le respect des conditions imposées par la loi luxembourgeoise du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, ainsi que dans le cadre des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie de ladite loi, est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution du présent contrat d'assurance. Il en est de même en ce qui concerne la personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, et ce, conformément aux dispositions de l'article 15 de ladite loi.

- fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,
- accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records,
- guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par les autorités de contrôle belges concernant les assurances sur la vie en cas de conflits armés,
- attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome,
- affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties. Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, sauf si elles font l'objet d'une exclusion de garantie (figurant dans les Conditions Générales ou Particulières),
- usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites,
- vols sur un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, ou vols sur ailes volantes ou tout autre appareil comparable : ULM, deltaplane, parapente,
- pratique des sports suivants : parachutisme, saut à l'élastique, spéléologie,
- lorsque l'Assuré est volontairement auteur ou co-auteur d'un crime ou d'un délit dont il peut prévoir les conséquences éventuelles.

ARTICLE

12

EXCLUSIONS CONCERNANT LES GARANTIES I.P.T. ET I.T.T.

Outre les exclusions mentionnées à l'article 11, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.P.T. et I.T.T.

- accidents, maladies, invalidités et infirmités :
 - * résultant de la pratique de tous sports à titre professionnel,
 - * résultant de compétitions sportives (y compris les entraînements) nécessitant l'utilisation d'animaux, de véhicules (avec ou sans moteur) ou d'embarcations motorisées,
 - * survenant au cours de voyages d'exploration,
 - * résultant du fait de la navigation sous-marine,
 - * résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - * survenant lors de la participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, émeute, acte de terrorisme, sauf cas de légitime défense.
- toutes pathologies de la colonne vertébrale ainsi que les affections para-vertébrales, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf si la pathologie en question a une origine accidentelle postérieure à la date de prise d'effet des garanties,
- conséquences d'une tentative de suicide.
- accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé, sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes belges régissant la circulation automobile (ou par le droit en vigueur dans le pays de résidence ou de séjour, applicable au moment de la survenance de l'événement à l'origine du sinistre).

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 13

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE I.T.T. / COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMÉDIATE.

13.1. Outre les exclusions mentionnées aux articles 11 et 12, les exclusions supplémentaires ci-après s'appliquent à la garantie I.T.T.

- cures thermales ou de désintoxication,

- fibromyalgies et fatigues chroniques,

- les maladies psychiques dont les syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, psychotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 15 jours.

L'interruption de travail pendant le congé légal de maternité ou la suspension obligatoire de l'activité professionnelle pour cause de grossesse n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'I.T.T. susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus du délai de carence.

13.2. Outre les exclusions mentionnées à l'article 11, les exclusions supplémentaires ci-après s'appliquent à la Couverture accidentelle immédiate.

- accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé, sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes belges régissant la circulation automobile (ou par le droit en vigueur dans le pays de résidence ou de séjour, applicable au moment de la survenance de l'événement à l'origine du sinistre).

ARTICLE 14

FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

Les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise au Service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles, 81, 1420 Braine-l'Alleud, dans les délais requis, des pièces indispensables à ce règlement.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

14.1. En cas de Décès

Le Bénéficiaire doit transmettre au Médecin Conseil de l'Assureur dès qu'il a connaissance du Décès de l'Assuré :

- un extrait de l'acte de Décès de l'Assuré,

- le formulaire de déclaration «Décès» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,

- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,

- une copie du Procès-Verbal de Police en cas d'accident.

14.2. En cas d'Invalidité Permanente Totale

Dans un délai maximum de 3 mois suivant la date de consolidation de son état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration «Invalidité Permanente Totale» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,

- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,

- une copie du Procès-Verbal de Police en cas d'accident.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'invalidité, la décision de la mise en invalidité d'un organisme d'assurance maladie-invalidité ne liant pas l'assureur.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, tout sinistre faisant intervenir la garantie Invalidité Permanente Totale sera réputé survenir le jour de la déclaration à l'Assureur.

14.3. En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration à l'Assureur dans un délai maximum de 30 jours à compter du 91ème jour d'arrêt de travail et en tout état de cause aussi vite que cela puisse raisonnablement se faire.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, ou raisonnablement admis, le délai de carence de 90 jours commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

L'Assuré doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- l'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- le formulaire de déclaration «Incapacité Temporaire et Totale de travail» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation,
- une copie du Procès-Verbal de Police en cas d'accident,
- le tableau d'amortissement actualisé et définitif indiquant le montant de l'échéance du(des) prêt(s) à la date de l'arrêt de travail, ou si le crédit n'existe plus, le dernier tableau d'amortissement en possession de l'Assureur,
- les décomptes d'indemnités journalières perçues.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'avis du médecin-traitant ne liant pas le médecin-conseil.

14.4. Contrôle de l'état de santé de l'Assuré

L'Assuré doit immédiatement déclarer à l'Assureur, sous peine d'être déchu de son droit aux prestations, toute reprise - même partielle - d'activité.

Sauf cas de force majeure, le refus de libre accès auprès de l'Assuré, des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la suspension de la garantie.

L'Assureur se réserve le droit de contrôler, à ses frais, la réalité de l'état d'I.P.T. ou d'I.T.T.

ARTICLE 15 EXPERTISE

Lorsqu'il y a mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'Assureur peut mandater un médecin. L'Assuré a la faculté de se faire assister par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation concernant notamment le taux ou le caractère définitif de l'invalidité, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties qui tranche souverainement. Les frais de cette expertise sont partagés.

ARTICLE 16 CALCUL DES PRIMES

16.1. Tarification

Les bases de la tarification sont fixées à partir des informations transmises par le Preneur d'assurance lors de sa souscription et indiquées sur son contrat ou ses avenants éventuels.

Celles-ci tiennent compte notamment :

- de l'âge de l'Assuré qui est calculé par différence de millésimes,
- de la nature et du montant des garanties souscrites,
- du montant du capital assuré tel que précisée aux Conditions Particulières et/ou aux avenants éventuels,
- des options retenues quant au mode de paiement des primes (voir 16.2),
- du choix effectué par le Preneur d'assurance entre un tarif garanti pendant toute la durée du contrat et un tarif garanti seulement pendant les trois premières années du contrat (voir 16.3).

16.2. Mode de paiement des primes

Le Preneur d'assurance a le choix entre des primes périodiques :

- payables pendant toute la durée du contrat et dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital restant dû (primes variables),
- payables pendant les 2/3 de la durée du contrat, et dont le montant est fixe pendant toute la durée du paiement (primes constantes 2/3),
- payables pendant toute la durée du contrat et dont le montant est fixe pendant toute la durée du contrat (primes constantes).

Ces deux dernières possibilités (primes constantes et primes constantes 2/3) sont réservées aux prêts amortissables, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Le choix est fait à la souscription, il est irrévocable jusqu'au terme du contrat.

Néanmoins, dans l'hypothèse où l'Assureur n'aurait pas reçu avant la fin de la première année suivant la date d'effet du contrat, le tableau d'amortissement nominatif et définitif, le tarif qui sera appliqué, sera celui établi sur base des informations fournies lors de la souscription.

S'il le demande expressément, le Preneur d'assurance peut choisir de payer les primes en un seul versement (prime unique), à la souscription.

Dans ce cas, s'il met fin à son contrat avant le terme prévu, le montant non consommé de la prime, nette de toute taxe, ainsi que des frais de commissionnement au(x) intermédiaire(s), lui sera restitué.

16.3. Evolution du tarif

Lors de la souscription, le Preneur d'assurance doit choisir entre :

- un tarif garanti pendant toute la durée du contrat
- ou
- un tarif garanti seulement pendant les trois premières années d'assurance.

Ce choix est mentionné au tableau des primes annexé aux Conditions Particulières.

Dans le cas du tarif garanti pendant les trois premières années d'assurance, l'Assureur se réserve le droit d'augmenter le tarif en cours du contrat à compter du 3ème anniversaire de la date d'effet du contrat indiquée aux Conditions Particulières.

Dans cette hypothèse, le tarif ne peut être révisé que collectivement, si l'Assureur constate que les nouvelles statistiques de mortalité diffèrent considérablement de celles qui ont été utilisées dans le tarif initial, ou si la législation ou les instances de contrôle compétentes imposent une révision du tarif.

Le Preneur d'assurance sera informé par écrit de la révision du tarif, et dispose de 30 jours à compter de la réception de la notification, pour formuler par courrier recommandé son refus de l'augmentation.

L'Assureur considérera la révision du tarif comme acceptée à défaut de réaction du Preneur d'assurance pendant ce délai de 30 jours.

Si le Preneur d'assurance refuse expressément l'augmentation du tarif, le contrat d'assurance sera résilié. Cette résiliation prendra effet trente jours après l'envoi du courrier recommandé de refus du Preneur d'assurance.

L'organisme prêteur sera avisé de la résiliation du contrat, s'il en est bénéficiaire.

ARTICLE 17 FRAIS DE DOSSIER

Lors de la souscription, il est prélevé des frais de dossier dont le montant est indiqué sur la proposition d'assurance (maximum 150€ HT).

ARTICLE 18 DÉFAUT DE PAIEMENT DES PRIMES

À défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse au Preneur d'assurance une lettre recommandée qui entraîne, au terme d'un délai de 40 jours à compter de la date d'envoi de cette lettre, si le versement de la prime n'a pas été effectué pendant ce délai, la résiliation du contrat, sans préjudice aux dispositions concernant le droit à la réduction du contrat prévue à l'article 19.

L'organisme prêteur sera avisé du non-paiement de la prime, s'il est bénéficiaire du contrat.

ARTICLE 19 RÉSILIATION, DROIT AU RACHAT ET À LA RÉDUCTION DU CONTRAT

19.1 Résiliation :

A tout moment, le Preneur d'assurance peut résilier son contrat en adressant au Service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles, 81, 1420 Braine-l'Alleud, un courrier simple daté et signé, ou une lettre recommandée, ou encore un exploit d'huissier, ou remise

d'une lettre contre récépissé, accompagnée d'une copie recto-verso d'une pièce d'identité.

Les garanties ne prendront fin qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

Toutefois, l'accord de l'organisme prêteur sera nécessaire s'il est bénéficiaire du contrat.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat dans les trente jours de la date de conclusion de celui-ci, conformément aux dispositions légales relatives à la conclusion d'un contrat à distance, les sommes perçues lors de la souscription du contrat seront remboursées intégralement au Preneur d'assurance. La résiliation par l'Assureur, dans ce cas ne prendra effet que huit jours après sa notification.

19.2 Droit au rachat :

Sauf pour les assurances temporaires en cas de décès à primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat le Preneur d'assurance a le droit au rachat du contrat, cette valeur de rachat sera égale au montant de la prime payée, ou des primes payées, nettes de toute taxe, ainsi que des frais de commissionnement au(x) intermédiaire(s), et non absorbée(s) par la couverture du risque, calculé à la date de réception par l'Assureur de la demande de rachat par le Preneur d'assurance. Cette demande de rachat doit se faire par courrier, daté et signé, adressé à l'Assureur.

Un contrat racheté peut être remis en vigueur par le Preneur d'assurance pour les montants assurés à la date du rachat. La remise en vigueur peut s'effectuer dans un délai de quatre mois à dater du rachat et s'effectue par le remboursement de la valeur de rachat. Toute remise en vigueur peut être soumise à certaines formalités médicales.

19.3 Droit à la réduction du contrat :

Lorsque le Preneur d'assurance arrête le paiement de ses primes, selon certaines conditions, celui-ci a droit à la réduction de son contrat.

Sauf pour les assurances temporaires en cas de décès à primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat, le Preneur d'assurance a droit en tout temps à la réduction de son contrat.

La réduction s'effectue par le maintien des prestations assurées en cas de décès, ainsi que des garanties complémentaires si celles-ci ont été souscrites, dans les limites de la consommation équivalente à la valeur de rachat théorique jusqu'à l'épuisement de celle-ci.

Lorsque la valeur de rachat théorique est insuffisante pour maintenir la couverture des prestations assurées pour ce qui est des garanties complémentaires, si celles-ci ont été souscrites, la diminution de ces prestations prend effet au plus tôt 30 jours après l'envoi par l'entreprise d'assurances au Preneur d'assurance d'une lettre recommandée rappelant les conséquences du non-paiement.

Pour les assurances temporaires en cas de décès à primes périodiques constantes sans droit à la réduction, le non-paiement de la prime entraîne la résiliation de ces assurances.

La résiliation sort ses effets 40 jours après l'envoi par l'Assureur au Preneur d'assurance d'une lettre recommandée rappelant les conséquences du non-paiement de(s) prime(s). Cette lettre est envoyée au plus tôt dix jours après l'échéance de la première prime impayée.

ARTICLE 20 INFORMATION DU PRENEUR D'ASSURANCE

20.1. A tout moment

Le Preneur d'assurance peut obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment les capitaux garantis et la nouvelle prime annuelle y afférents.

20.2. En cas de modification du contrat

L'Assureur adresse au Preneur d'assurance un avenant au contrat précisant les nouvelles conditions de garantie.

Toute notification à faire au Preneur d'assurance et/ou à l'Assuré est valablement faite à sa dernière adresse signalée à l'Assureur. Le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré doit/doivent dès lors informer l'Assureur de tout changement d'adresse.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 21 FACULTÉ DE RENONCIATION

Il est précisé qu'en cas de conclusion d'un contrat à distance (sans préjudice des dispositions relatives à la conclusion du contrat énoncées à l'article 4 concernant les formalités médicales éventuelles suspensives quant à la date effective de la conclusion du contrat), le Preneur d'assurance peut également résilier le contrat dans un délai de trente jours à dater de la conclusion du contrat, et dans ce cas, l'Assureur lui remboursera l'intégralité de la prime payée à la souscription du contrat, et ce, sans frais. La résiliation par le Preneur d'assurance prendra effet le lendemain de la notification.

Outre la faculté de résiliation, il est loisible au Preneur d'assurance de renoncer à son contrat et être remboursé déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque, si, dans les 30 jours qui suivent sa prise d'effet, ou dans les 30 jours à compter du moment où il a pris connaissance du refus de l'octroi du crédit sollicité, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles, 81, 1420 Braine-l'Alleud, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre,

Signature»

ARTICLE 22 PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Disposition générale :

En application du règlement général sur la protection des données à caractère personnel, les informations collectées auprès du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré sont destinées à la conclusion et à l'exécution du contrat, à la poursuite d'un intérêt légitime, au respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur. Le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré dispose(nt) d'un droit de consentement, d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et d'effacement pour toute information le concernant, enregistrée sur un fichier informatique, à l'usage de la Compagnie, de ses mandataires, de ses réassureurs et des organismes professionnels concernés. Pour toute réclamation ou demande d'information relative au traitement des données à caractère personnel, le titulaire du contrat peut prendre contact avec le délégué à la protection des données désigné par l'assureur (DPO : Data Protection Officer) par courrier ou par e-mail : M. Santiago Valls, AFI ESCA, 2, Quai Kléber, CS 30441, 67 008 STRASBOURG Cedex.

E-mail : dpo@groupe-burrus.tech

Vous pouvez également contacter l'Autorité de protection des données à l'adresse suivante : Rue de la presse 35, 1000 Bruxelles ou par courriel à l'adresse : contact@apd-gba.be

Données médicales :

Le Preneur d'assurance/l'Assuré marque son accord sur le fait que l'Assureur traite les données médicales, mises en sa possession, dans le cadre de la fourniture ainsi que de la gestion des services d'assurances en général, moyennant le respect des dispositions légales en la matière en ce qui concerne la protection des données à caractère personnel, ainsi que les diverses normes légales concernant le secret médical et applicables au domaine de l'assurance en général, et il marque également son accord pour que lesdites données médicales servent également à l'établissement de statistiques et de mesures visant à éviter et à prévenir la fraude ainsi que les abus. Les données médicales, relatives à la santé peuvent être traitées uniquement sous la responsabilité d'un/des professionnel(s) des soins de santé et l'accès à ses données est limité aux personnes à ce dûment habilitées pour ce faire, et qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Ces données ne sont pas communiquées à des tiers, autres que les personnes susvisées, dûment habilitées pour en prendre connaissance. Cependant, le Preneur d'assurance/l'Assuré marque son accord pour que l'Assureur communique ses données pour autant qu'il y soit légalement ou contractuellement obligé, ou encore pour autant qu'il y ait un intérêt légitime pour procéder de la sorte.

ARTICLE 23 RÉCLAMATION

Toute réclamation concernant le contrat peut être envoyée au Service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles, 81, 1420 Braine-l'Alleud et si la position définitive de l'Assureur ne donne pas satisfaction, le Preneur d'assurance ou l'Assuré peut envoyer sa réclamation au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, et ceci sans préjudice du droit du Preneur d'assurance ou de l'Assuré d'introduire une action en justice.

ARTICLE 24 PRESCRIPTION

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable. Pour toute action dérivant du présent contrat, ce délai est de 3 ans et court à compter du jour de l'événement qui y donne naissance, ou à compter du jour où celui à qui appartient l'action, a eu connaissance de cet événement (dans la limite de 5 ans à compter de la date de l'événement).

En ce qui concerne l'action du bénéficiaire, le délai court à compter 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.

ARTICLE 25 IMPÔTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Preneur d'assurance y compris ceux relatifs au paiement du capital supplémentaire et forfaitaire de 3000€.

Le Droit Fiscal applicable au présent contrat est celui du pays de résidence habituelle du Preneur d'assurance, du/des bénéficiaires, et/ou de l'Assuré, selon le cas. Il en est de même pour les Droits de Succession, ainsi que pour les dispositions légales relatives aux successions.

A titre d'information, et sans que la responsabilité de l'Assureur ne puisse être engagée quant à une information qui s'avérerait erronée ou incomplète dans le cadre du résumé des diverses dispositions fiscales ci-dessous reprises.

Pour la Belgique :

Les primes versées au titre du contrat PROTECTIM sont éligibles à la réduction d'impôt pour des primes payées pour « Habitation propre et/ou unique », en ce qui concerne les avantages fiscaux octroyés par les Régions.

Il est donc demandé au Preneur d'assurance de préciser dans la proposition d'assurance s'il souhaite en bénéficier.

Il est rappelé au Preneur d'assurance qu'en l'état actuel des textes applicables, les primes ne peuvent entrer en ligne de compte pour la réduction d'impôt pour l'habitation propre et/ou unique, selon la législation régionale qui lui est applicable en la matière, que si les conditions suivantes sont réunies:

- les primes du contrat doivent uniquement être affectées à la reconstitution ou à la garantie d'un emprunt hypothécaire dont les dépenses entrent en ligne de compte pour la réduction d'impôt en ce qui concerne l'habitation telle que définie selon la législation qui lui est applicable soit en Région wallonne, soit en Région flamande, soit en Région de Bruxelles Capitale,
- le contrat doit être conclu par le Preneur d'assurance sur sa seule tête, et avant l'âge de 65 ans,
- le contrat doit désigner comme bénéficiaire(s) en cas de décès exclusivement les personnes qui, suite au décès du Preneur d'assurance acquièrent la pleine propriété ou l'usufruit de cette habitation.

Si les dispositions légales régionales ne s'appliquent pas à la situation du Preneur d'assurance dans le cadre de son contrat de crédit hypothécaire en ce qui concerne les avantages fiscaux octroyés par les Régions comme exposé ci-dessus, les primes versées au titre du contrat PROTECTIM peuvent être éligibles à la réduction d'impôt fédérale relative aux primes d'assurance vie ayant trait à un autre bien immobilier autre que l'habitation propre, dans le cadre de la réduction d'impôt pour épargne à long terme. Il en est de même lorsque le contrat de crédit auquel le contrat PROTECTIM est lié ne concerne pas un bien immobilier. Il convient dans ce cas de s'en référer à la législation relative aux réductions d'impôt concernant le contrat d'assurance-vie individuel, demeurées de la compétence exclusive du Fédéral.

La législation fiscale en la matière étant en constante évolution, les informations reprises ci-dessus dans le présent article sont susceptibles d'être modifiées par le législateur. L'Assureur ne peut être tenu responsable de ce fait, et il appartient au Preneur d'assurance de vérifier la législation applicable à sa situation.

Pour le Luxembourg :

Concernant les taxes d'assurance, il n'y a pas d'impôt sur les primes des contrats d'assurance-vie au Grand-Duché de Luxembourg, contrairement à la Belgique où il y a bien une taxe sur les conventions d'assurances.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Il y a des possibilités concernant la déductibilité des primes d'assurances-vie au Luxembourg. La Loi de l'impôt sur le revenu (L.I.R) permet dans le cadre des « dépenses spéciales » de déduire certaines primes d'assurances.

Il convient pour déterminer les conditions de déductibilité des primes relatives au contrat « PROTECTIM » de s'en référer plus particulièrement à l'article 111 de la L.I.R. Il est notamment prévu un plafond majoré et sur majoré pour une assurance décès à prime unique lorsque ce contrat est souscrit en vue de couvrir le remboursement d'un prêt consenti pour l'acquisition et/ou la construction de l'habitation personnelle du contribuable ou l'agrandissement, la transformation et la remise en état de l'habitation personnelle du contribuable.

L'attention du Preneur d'assurance est attirée sur le fait que pour qu'il puisse bénéficier de la déductibilité des primes, que celles-ci doivent servir à couvrir les risques du contribuable lui-même, de son conjoint, de son partenaire et des enfants pour lesquels il bénéficie, selon les dispositions de l'article 122 L.I.R, d'une modération d'impôt pour enfant. En outre, excepté pour les primes versées en raison d'un contrat souscrit en vue d'assurer le remboursement d'un prêt consenti pour l'acquisition d'un bien au sens large du terme, comme par exemple les immeubles, les fonds de commerce, les installations professionnelles, ... ; l'article

111, al. 3 L.I.R. exclut de la déduction les primes et cotisations qui sont en relation économique directe ou indirecte avec l'octroi d'un prêt, c'est-à-dire que les primes ou cotisations doivent provenir des ressources financières propres du Preneur d'assurance, et ne pas avoir été payées au moyen d'un crédit pour ce faire.

La législation fiscale en la matière étant en constante évolution, les informations reprises ci-dessus dans le présent article sont susceptibles d'être modifiées par le législateur. L'Assureur ne peut être tenu responsable de ce fait, et il appartient au Preneur d'assurance de vérifier la législation applicable à sa situation.

Il est rappelé à toutes fins utiles que le contrat PROTECTIM :

- **comporte une valeur de rachat, telle que définie à l'article 2. Cependant, le rachat du contrat n'est pas autorisé dans tous les cas, on se référera à l'article 19, à ce sujet,**
- **ne prévoit pas d'avantage en cas de vie de l'Assuré au terme,**
- **ne donne droit à aucune participation bénéficiaire.**

ARTICLE 26 LOI APPLICABLE - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Le présent contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires de Droit Belge , et plus particulièrement la Loi du 04 avril 2014 relative aux assurances ainsi que l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, excepté en ce qui concerne le Droit Fiscal ainsi que les dispositions légales relatives aux successions applicables comme précisé à l'article 25, étant, soit ceux du pays de résidence du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré, soit ceux du pays de résidence du/des bénéficiaire(s).

Les tribunaux belges sont compétents pour régler les litiges nés de l'exécution du présent contrat d'assurance.

PROTECTIM

ASSURANCE TEMPORAIRE DÉCÈS
ASSURANCE DE PRÊT



www.afi-esca.be

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. Entreprise régie par le Code des assurances. Société de Droit Français. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517, dont la succursale belge est établie, Chaussée de Nivelles, 81, 1420 Braine-l'Alleud - N° d'entreprise BE 0839.960.909 RPM Nivelles - N° d'agrément BNB : 2746 - IBAN : BE94 3751 0081 5314 - BIC : BBRU BEBB.

TYPE D'ASSURANCE-VIE

Temporaire décès, type solde restant dû avec possibilité de temporaire décès classique (Branche21).

GARANTIES**Garantie obligatoire :**

Décès (il est possible de souscrire jusqu'au 90ème anniversaire de l'Assuré).

Garanties complémentaires :

Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire et Totale de travail (uniquement valable jusqu'au départ en retraite ou au plus tard, au 65ème anniversaire de l'Assuré). Dans le cadre de l'Incapacité Temporaire et Totale de travail, il est impératif que l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée à la date de la survenance du sinistre.

Le capital assuré diminue au cours du contrat proportionnellement à l'encours de la dette de l'emprunt.

Le capital assuré est en principe égal au montant du capital de l'emprunt non encore remboursé ou à un pourcentage de celui-ci.

Ce contrat ne donne droit à aucune participation bénéficiaire, ni à aucun capital en cas de vie de l'assuré au terme du contrat.

Bien que ce contrat nécessite l'existence d'un prêt au moment de sa conclusion, ce afin de déterminer les capitaux à assurer, cette obligation cesse en cours de vie du contrat, et celui-ci peut se poursuivre jusqu'à son terme, si tel est le choix du preneur d'assurance, selon les Conditions Générales et les Conditions Particulières du contrat, ou du dernier avenant émis.

Les exclusions de garantie(s) sont reprises sur notre site web sous la rubrique « Nos solutions -> Assurer son prêt immobilier -> Liste des exclusions -> Exclusions communes à toutes les garanties / Exclusions concernant les garanties IPT et ITT ».

PUBLIC CIBLE

PROTECTIM s'adresse aux personnes physiques et morales souhaitant se prémunir contre les conséquences financières du décès, de l'invalidité ou de l'incapacité de travail de la personne physique assurée, sur le remboursement de leur prêt.

FRAIS

La prime que vous avez à payer englobe, outre une prime pure pour garantir le risque de décès, des frais servant au fonctionnement d'AFI ESCA, en ce compris des frais de marketing et de distribution.

Le paiement de la prime se fait en une seule fois (prime unique), ou en plusieurs fois sous forme de primes constantes ou variables périodiques payables sur toute la durée du contrat, ou sur les deux tiers de la durée du contrat (paiements annuels, trimestriels ou mensuels).

Il n'y a aucun frais de rachat ou de réduction du contrat, si ce n'est que les frais de commissionnement intermédiaire, frais de dossier et taxes ne sont pas remboursés.

La valeur de rachat de ce contrat est égale à la partie de la prime payée, et non absorbée par la couverture du risque, calculée à la date de la demande de rachat, hors frais de commissions intermédiaire, frais de dossier et taxes.

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais dans les Conditions Générales du contrat qui sont disponibles auprès du siège d'AFI ESCA Succursale belge, Chaussée de Nivelles, 81 B-1420 Braine-l'Alleud, via <http://www.afi-esca.be> ou auprès de votre intermédiaire d'assurances. Une offre peut être demandée, via votre intermédiaire en assurances, afin de connaître le montant de la prime exacte, adaptée à la situation personnelle du client.

(les frais peuvent changer).

DURÉE

Durée fixée à la souscription (en fonction de la durée du prêt).

Attention que si le prêt est remboursé, ce contrat peut également se terminer si telle est la volonté du preneur d'assurance, mais vous devez absolument manifester votre souhait de racheter le contrat.

Si vous désirez procéder au rachat de ce contrat suite au remboursement anticipé de votre prêt, il est primordial de nous en informer ou encore en cas de changement d'organisme prêteur, et ce, afin de procéder au rachat de votre contrat. A défaut de procéder au rachat de votre contrat comme dit ci-avant, votre contrat se poursuit jusqu'à son terme conformément aux Conditions Particulières, ou encore au dernier avenant émis, comme un temporaire décès classique.

Vous pouvez demander de plus amples explications directement à votre intermédiaire en assurances à ce sujet, ou auprès d'AFI ESCA Belgique, Chaussée de Nivelles, 81, B-1420 Braine-l'Alleud 02/388.01.80.

PRIME

La prime dépend de plusieurs critères de segmentation.

Pour de plus amples informations à ce propos, vous pouvez surfer sur notre site www.afi-esca.be sur lequel AFI ESCA mentionne les informations relatives aux critères de segmentation utilisés.

Si vous devez répondre à un questionnaire médical spécifique autre que le questionnaire de santé simplifié, l'acceptation à l'assurance par l'assureur peut dépendre de l'issue d'une acceptation médicale.

Nous attirons votre attention sur les dispositions légales applicables en cas de risques accrus de santé. Vous pouvez consulter le résumé de ces dispositions en consultant notre site web www.afi-esca.be sous l'onglet AFI ESCA ET VOUS, rubrique « Risque accru de santé ».

Une offre peut être demandée afin de connaître la prime exacte, adaptée à la situation personnelle du client.

Si vous optez pour le tarif garanti toute durée :

La prime est garantie pendant toute la durée du contrat, s'il s'agit d'une prime constante périodique payable sur toute la durée du contrat ou sur les deux tiers de la durée du contrat.

Si vous optez pour le tarif garanti 3 ans :

Le montant de la prime constante périodique payable sur toute la durée du contrat ou sur les deux tiers de la durée du contrat n'est garanti que les trois premières années.

Le montant de la prime est garanti pour toute la durée du contrat, s'il s'agit d'un contrat à prime unique, c'est-à-dire que la prime intégrale est payée en une fois à la signature du contrat, cette modalité doit être choisie lors de la souscription du contrat.

FISCALITÉ

Le régime fiscal suivant est applicable à un client de détail moyen ayant la qualité de personne physique résident belge :

Une taxe de 2% est retenue sur les versements effectués par une personne physique ayant sa résidence fiscale en Belgique.

Si ce contrat est contracté par une ou des personnes(s) physique(s) et sert à la garantie d'un emprunt hypothécaire conclu pour acquérir ou conserver un bien immobilier, la taxe susmentionnée est réduite à 1,1%.

Une taxe de 4,4% est retenue sur les versements si le contrat a été conclu par une personne morale.

Vous avez droit, sous certaines conditions, à un avantage fiscal sur les versements. A cet égard, il peut s'agir par exemple d'une réduction d'impôt dans le cadre de l'épargne à long terme ou une déduction fiscale dans le cadre du bonus logement. La déduction fiscale des primes versées (même une seule fois) entraîne la taxation du capital assuré. Si les primes ne sont pas déduites fiscalement, la prestation est exonérée d'impôt (abstraction faite des droits de succession éventuels). Renseignez-vous auprès de votre intermédiaire d'assurances.

S'il n'y a pas d'avantage fiscal sur les versements, la prestation n'est à son tour pas taxée (abstraction faite des droits de succession éventuels).

Le traitement fiscal dépend de la situation individuelle d'un client et peut être sujet à des modifications dans le futur.

RACHAT/REPRISE

Cette assurance comporte une valeur de rachat théorique en cas de rachat.

Cette valeur de rachat théorique est égale à la partie de la prime payée et non absorbée par la couverture du risque, hors frais d'intermédiaire, taxes et frais de dossier, calculée à la date de la demande de rachat, par simple lettre adressée avec signature et date à : AFI ESCA, Service gestion, Chaussée de Nivelles, 81 B-1420 Braine-l'Alleud.

Attention que si le bénéficiaire acceptant du contrat est l'organisme prêteur, il vous faudra l'autorisation de celui-ci pour procéder au rachat du contrat. Cette autorisation devra nous être remise, et à défaut, nous ne pourrions pas donner suite à votre demande de rachat.

Excepté pour le cas où vous remboursez anticipativement votre crédit couvert par ce contrat et pour autant qu'il y ait une valeur de rachat, il n'y a pas de possibilité de rachat ou de réduction pour les contrats souscrits avec primes périodiques constantes payables sur plus de la moitié de la durée du crédit.

INFORMATIONS

■ La décision de souscrire le contrat visé est prise idéalement sur la base d'une analyse complète de tous les documents pertinents reprenant des informations contractuelles ou précontractuelles.

■ Pour de plus amples informations sur cette assurance-vie, temporaire décès (Branche 21), il est renvoyé aux Conditions Générales du contrat qui peuvent être obtenues gratuitement sur demande auprès du siège de l'entreprise d'assurances et consultées à tout moment sur le site Web www.afi-esca.be ou auprès de votre intermédiaire d'assurances.

Conditions Générales disponibles sur demande
Référence : CGEMP_PROTECTIM_0717 FR Contrat de Droit belge.

■ En cas de faillite d'une entreprise d'assurances, en vertu des articles L423-1 et suivants du Code des assurances français, AFI ESCA, Société Anonyme de droit français, adhère au Fonds de Garantie des Assurances de Personnes.

Le Fonds de Garantie est actionné par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution lorsque la société d'assurances n'est plus en mesure de faire face à ses engagements envers les assurés, et lorsque l'Autorité de Contrôle a épuisé les moyens dont elle dispose.

À ce stade, il peut y avoir transfert des contrats à une autre société d'assurance. Si tel est le cas, mais que certains droits des assurés ne sont pas couverts par la nouvelle entreprise, ces droits sont garantis par un versement du Fonds de Garantie à la nouvelle société.

Si le transfert n'est pas effectué, les assurés sont indemnisés par le Fonds de Garantie. Cette indemnisation vient en complément des sommes provenant de la cession des actifs par le liquidateur de la compagnie d'assurance. Le liquidateur demande le versement de cette indemnisation au Fonds de Garantie. Le montant de cette demande est calculé par le liquidateur sur la base des engagements arrêtés à la date de cessation des effets du contrat. Ce montant d'indemnisation garanti est limité à 70 000 €.

TRAITEMENT DES PLAINTES

Pour toute plainte éventuelle, vous pouvez vous adresser auprès d'AFI ESCA Belgique, Chaussée de Nivelles, 81, B-1420 Braine-l'Alleud, ou de l'intermédiaire d'assurances. Si cette procédure n'apporte aucune solution, vous pouvez contacter l'Ombudsman des assurances (www.ombudsman.as) à l'adresse suivante : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, fax 02.547.59.75., info@ombudsman.as >.

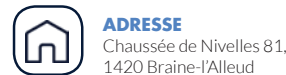
Assureur: AFI ESCA, Société Anonyme de droit français au capital de 12 359 520 €, dont le siège social se trouve au 2, Quai Kléber, 67000 Strasbourg (France) – RCS Strasbourg : 548 502 517 et la Succursale belge se trouve Chaussée de Nivelles 81, 1420 Braine-l'Alleud – N° d'entreprise BE 0839.960.909 RPM Nivelles – N° d'agrément BNB : 2746 – IBAN : BE94 3751 0081 5314 – BIC : BBRU BEBB

Cette fiche info financière assurance-vie décrit les modalités du produit applicables le 01/07/2017.

www.afi-esca.be

Agrément BNB n°2746

AFI ESCA : Société Anonyme de droit français au capital de 12 359 520 € – siège social : 2, quai Kléber, 67000 Strasbourg (France) – RCS Strasbourg : 548 502 517 – Succursale belge : Chaussée de Nivelles 81, 1420 Braine-l'Alleud – N° d'entreprise BE 0839.960.909 RPM Nivelles – N° d'agrément BNB : 2746 – IBAN : BE94 3751 0081 5314 – BIC : BBRU BEBB – www.afi-esca.be



Sélection Médicale

Quelques recommandations :

- Déterminer dès le départ les documents nécessaires à l'étude du dossier en se référant au tableau des formalités médicales ci-dessous.
- Remettre les bons documents au client (Questionnaires sportifs et professionnels compris). Le questionnaire de santé simplifié, le questionnaire médical et le rapport médical sont des documents fournis par AFI ESCA.
- Conseiller au client de :
 - vérifier que le questionnaire médical utilisé est bien identifié, daté et signé,
 - vérifier qu'il comporte une réponse à toutes les questions,
 - vérifier qu'en cas de réponse positive, celle-ci est motivée.
- Conseiller au client d'être le plus précis possible et joindre des documents complémentaires déjà en sa possession en cas d'opération ou d'hospitalisation.

Tableau de formalités médicales au 01/07/2017

Capital assuré (y compris les encours)	Age à la souscription			
	Moins de 46 ans	De 46 à 55 ans	De 56 à 65 ans	De 66 à 74 ans
Jusqu'à 150 000 €	A			B
De 150 001 € à 290 000 €	A	B		C
De 290 001 € à 350 000 €(*)	B	C	D	
De 350 001 € à 500 000 €(*)	D		E	
De 500 001 € à 1 000 000 €(*)	D	E	F + (4)	
De 1 000 001 € à 1 500 000 €(*)	E + (4)		G + (4)	
De 1 500 001 € à 3 500 000 €(*)	F + (4)		G + (4)	
Au-dessus de 3 500 000 €	Consulter le Siège			

(*) Test de cotinine, à partir de 300 000 €

En fonction du profil (A, B, C, D, E, F ou G), voici les formalités médicales à effectuer

	Questionnaire de santé simplifié	Questionnaire médical	Rapport de visite médicale	Examen urines (1)	Profil sanguin(2)	Electro-cardiogramme de repos (3)	Electro-cardiogramme avec effort (3)	PSA pour les hommes (Antigène Prostatiques Spécifiques)/ Mammographie pour les femmes > 50 ans
A								
B								
C								
D								
E								
F								
G								

(1) Examen des urines : Sucre, albumine, leucocytes, sang, examen cyto bactériologique des urines (ECBU). Recherche de cotinine urinaire pour les non-fumeurs

(2) Profil sanguin (à faire strictement à jeun) : Numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, numération plaquettaire, glycémie à jeun, triglycérides, cholestérol total et HDL – LDL, urée, créatinine, acide urique, gamma GT, transaminases (ASAT, ALAT), sérologie HIV 1 et 2, sérologie de l'hépatite B (Antigène HBS) et de l'hépatite C (anticorps anti VHC).

(3) Electrocardiogramme de repos / avec effort : Avec tracés dûment identifiés, interprétés par le cardiologue et compte rendu du cardiologue.

(4) Rapport financier confidentiel : Joindre les pièces indiquées dans ledit rapport.