

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ASSURANCE CREDIT PROTECTION

Conditions Générales de la convention collective nr 57 conclue entre ALPHA CREDIT S.A. et CARDIF VIE S.A.

(Version 01/2015)

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS DES MOTS UTILISÉS

Dans les présentes conditions, les termes suivants sont utilisés :

Adhérent :

L'emprunteur, co-emprunteur ou la caution peut adhérer à la présente convention collective.

Preneur d'assurance :

ALPHA CREDIT S.A., établissement financier sis à la Rue Ravenstein 60 Bte 15, B-1000 BRUXELLES - R.P.M. BRUXELLES - TVA. BE 0445.781.316, agréé comme intermédiaire d'assurances sous le numéro F.S.M.A. 022051 A.

Bénéficiaire :

- Pour la garantie «Décès»: le conjoint de l'Adhérent, à défaut aux enfants nés ou à naître de l'Adhérent, à défaut les héritiers légaux de l'Adhérent.
- Pour /es garanties «Incapacité temporaire totale de travail» et «Invalidité totale permanente»: l'Adhérent.

Assureur :

CARDIF VIE S.A., Chaussée de Mons 1424 B-1 070 BRUXELLES R.P.M. BRUXELLES T.V.A. BE 0455.119.644. Entreprise d'assurance agréée sous le numéro de code 1056 pour les risques décès, incapacité de travail et invalidité permanente (A.R. 26/09/1995- M.B. 20/1 0/1995).

ARTICLE 2 : OBJET DE L'ASSURANCE

L'assurance a pour objet de fournir au bénéficiaire les prestations décrites à l'article 4 en cas de réalisation de l'un des risques suivants:

- Décès;
- Incapacité temporaire totale de travail;
- Invalidité totale permanente.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

À condition que le montant du crédit soit inférieur à 50.000,00 EUR, il suffit que l'Adhérent réponde positivement aux conditions d'adhésion reprises sur le contrat de crédit.

Si le montant du crédit est supérieur ou si l'Adhérent ne peut répondre positivement aux conditions d'adhésion, un questionnaire médical doit être complété, signé et transmis à l'Assureur pour approbation éventuelle. L'adhésion sera dans ce cas actée par un document séparé. En cas de caution pour une personne morale, l'adhésion n'est autorisée qu'à la condition que l'Adhérent ait les pouvoirs d'engager ladite personne morale.

ARTICLE 4 : ÉTENDUE DES GARANTIES

4.1 Garantie décès

L'Assureur règle le solde contractuellement dû au jour du décès, diminué des éventuelles mensualités impayées à la date du décès. Le cas échéant et pour autant que la prime correspondante ait été payée, l'Assureur règle également le montant du « Balloon » (la dernière mensualité).

4.2. Garantie incapacité temporaire totale de travail

L'Adhérent est réputé être en incapacité totale temporaire de travail, s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité physique complète, constatée médicalement, de continuer ou de reprendre tout travail, à condition qu'à la date de l'arrêt de travail l'Adhérent exerce effectivement une activité professionnelle régulière.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Adhérent à la suite de maladie et sous réserve que celle-ci dure sans interruption pendant un délai de carence de 60 jours au moins, l'Assureur, suivant les conditions générales, se substitue à l'Adhérent pour le paiement du montant des mensualités venant à échéance pendant cet arrêt de travail. Aucune mensualité n'est due par l'Assureur au titre des 60 premiers jours d'incapacité de travail.

En cas de financement avec option «Balloon», la dernière échéance diminuée de la mensualité constante (le résultat étant appelé le «Balloon») n'est pas assurée en incapacité de travail.

En cas de nouvel arrêt total de travail suite à la même maladie ou au même accident survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 jours, il ne sera pas fait application du délai de carence.

4.3. Garantie invalidité totale permanente

L'Adhérent est réputé être en invalidité totale permanente, s'il subit, par suite de maladie ou d'accident, une diminution d'intégrité physique permanente supérieure ou égale à un degré de 67%. Il sera également reconnu comme invalide total et permanent s'il est atteint d'une invalidité économique totale et permanente accompagnée d'une diminution d'intégrité physique supérieure ou égale à un degré de 25%. Par invalidité économique totale et permanente, on entend l'impossibilité pour l'Adhérent d'exercer la profession exercée au jour du sinistre ou toute autre activité professionnelle. Dans les deux cas, l'Assureur règle le solde contractuellement dû au jour du sinistre diminué des éventuelles indemnités versées dans le cadre de la garantie incapacité temporaire totale de travail, ainsi que, le cas échéant, du montant du «balloon» (càd la dernière échéance diminuée de la mensualité constante).

4.4. Plafond d'intervention

L'intervention de l'Assureur est limitée au montant contractuellement dû au Preneur d'assurance, même quand deux Adhérents peuvent prétendre en même temps au bénéfice de la garantie. En outre, l'ensemble des opérations de crédit consenties (montant nominal des crédits octroyés) par le Preneur d'assurance dans le cadre de cette convention ne peut excéder 75.000,00 EUR par Adhérent.

ARTICLE 5 : COUVERTURE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE

Si l'Adhérent, au moment de la survenance du décès, n'exerçait pas d'activité professionnelle régulière et était âgé de moins de 65 ans, l'Assureur règle une deuxième fois le solde contractuellement dû au jour du décès, diminué des éventuelles mensualités impayées à la date du décès. Le cas échéant et pour autant que la prime correspondante ait été payée, l'Assureur règle également une deuxième fois le montant du « balloon » (la dernière mensualité).

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET ET DURÉE

L'assurance prend effet à la date de libération des fonds sous réserve que l'Adhérent ait adhéré antérieurement à l'assurance et ait acquitté sa première prime mensuelle. Elle se prolonge, de mois en mois, par le paiement de la prime. En cas de crédit reporté (maximum 4 mois), la garantie décès est accordée pendant cette période de report sans supplément de prime.

Le contrat est incontestable dès sa prise d'effet, hormis le cas de fausse déclaration intentionnelle.

ARTICLE 7 : TERME DES GARANTIES

7.1. L'assurance prend fin à l'égard de l'Adhérent : (toutes garanties)

- à la date du remboursement du crédit pour quelque cause que ce soit ou en cas d'exigibilité du crédit;
- au jour du 75^{ème} anniversaire de l'Adhérent;
- à la fin du mois qui suit la date à laquelle il a déclaré, par écrit, vouloir renoncer à l'assurance;
- en cas de non-paiement de la prime par l'Adhérent.

7.2. Pour la garantie incapacité temporaire totale de travail :

- dès la fin du mois de la liquidation de la pension de retraite;
- au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent;
- dès la fin du mois de la cessation définitive d'activité professionnelle, sauf pour raison médicale.

7.3. Pour la garantie invalidité totale et permanente :

- au jour du 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

ARTICLE 8 : TERME DES PRESTATIONS

L'intervention de l'Assureur prend fin :

- pour chaque sinistre, à l'échéance précédant ou coïncidant avec le dernier jour de l'incapacité temporaire totale de travail.
- le cas échéant, à la date effective à laquelle le prêt aura été totalement remboursé, s'il fait l'objet d'un remboursement anticipé pour quelque cause que ce soit.
- en cas d'exigibilité du prêt.

ARTICLE 9 : PAIEMENT DES PRIMES

Les primes mensuelles sont perçues par le Preneur d'assurance, mandaté par l'Assureur, en même temps que les mensualités du crédit. Elles sont ensuite reversées par le Preneur d'assurance à l'Assureur.

ARTICLE 10 : DROIT DE RÉTRACTATION (EN DÉBUT DE CONTRAT)

Tant l'Adhérent que l'Assureur peuvent annuler le contrat sans pénalité et sans motivation par courrier électronique, lettre recommandée ou courrier normal dans un délai de trente (30) jours calendrier. Ce délai commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions contractuelles et l'information précontractuelle sur un support durable, si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

La résiliation par l'Adhérent prend effet immédiatement au moment de la notification.

La résiliation émanant de l'Assureur prend effet huit jours après sa notification. Si le contrat d'assurance est résilié par l'Adhérent ou par l'Assureur et si la couverture est entrée en vigueur avant la résiliation à la demande de l'Adhérent, ce dernier doit payer la prime au prorata de la période durant laquelle une couverture a été accordée.

À l'exception du paiement prorata de la prime pour la période pendant laquelle la couverture a été accordée, l'Assureur rembourse toutes les sommes qu'il a perçues de l'Adhérent conformément aux présentes conditions générales. Il dispose à cette fin d'un délai de trente (30) jours calendrier à dater de la prise d'effet de la résiliation.

ARTICLE 11 : RÈGLEMENT DES SINISTRES

Le règlement par l'Assureur est subordonné à la communication par l'Adhérent ou ses ayants-droit des pièces justificatives nécessaires :

En cas de décès

- un acte de décès de l'Adhérent;
- une déclaration de décès fournie par l'Assureur dûment complétée.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail :

- une déclaration de sinistre fournie par l'Assureur dûment complétée et un certificat médical circonstancié.

En cas d'invalidité totale permanente :

- une déclaration de sinistre dûment complétée fournie par l'Assureur ;
- la preuve qu'il est considéré comme totalement invalide par la sécurité sociale, si l'Adhérent reçoit des indemnités de la sécurité sociale;
- un certificat médical du médecin traitant qui mentionne clairement et précisément la cause de l'invalidité, avec indication de la date à laquelle celle-ci peut être considérée comme totale et permanente, si l'Adhérent ne reçoit pas d'indemnités de la sécurité sociale.

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de demander à l'Adhérent de se soumettre à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier la prise en charge des garanties.

En cas de refus, l'Adhérent pourra être déchu de son droit à l'assurance, sauf si lui-même ou le bénéficiaire peut prouver que l'Assureur n'a pas subi de préjudice.

L'Adhérent autorise ses médecins traitants à fournir au médecin conseil de l'Assureur tous les renseignements en leur possession relatifs à son état de santé.

Les déclarations de sinistre et les pièces justificatives sont valablement adressées à l'Assureur.

ARTICLE 12 : EXCLUSIONS

12.1. Valables pour toutes les garanties:

- suicide de l'Adhérent, s'il se produit au cours de la 1^{ère} année qui suit la date de prise d'effet du contrat.
- faits intentionnels ou fautes graves de la part de l'Adhérent ou du bénéficiaire.
- actes de guerre civile ou étrangère, participation à des rixes ou crimes, délits, actes de terrorisme ou de sabotage, sauf cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger.
- explosions atomiques en général ainsi que radiations.
- préparation ou participation à des compétitions de véhicules à moteur, pilotage d'engins volants.

12.2. Spécifiques à la garantie incapacité temporaire totale de travail:

- sinistres déclarés plus de six mois après la date de survenance, si l'Assureur ne peut plus apprécier correctement le sinistre;

- suites ou conséquences de maladies ou accidents antérieurs à la date de signature du contrat;
- maladies résultant d'une affection psychiatrique ou d'un syndrome anxiodépressif ne présentant pas de symptômes organiques mesurables qui en rendent le diagnostic possible;
- les sinistres dus à l'usage de stupéfiants, l'ivresse (à partir de 0,5 pour mille) ou l'intoxication alcoolique (aiguë ou chronique) sauf si l'Adhérent prouve qu'il n'y a aucun lien de cause à effet entre le sinistre et ces circonstances;
- sinistres survenus alors que l'Adhérent ne remplit plus les conditions d'activité professionnelle rémunérée;
- des arrêts de travail pendant le congé légal de maternité;
- les sports à titre professionnel;
- le parachutisme, le parapente et le saut à l'élastique.

ARTICLE 13 : LITIGES

Toute plainte relative au présent contrat peut être adressée à :

- CARDIF VIE S.A.
Chaussée de Mons 1424, B-1070 BRUXELLES,
gestiondesplaintes@cardif.be
+32 (0)2/528.00.03
www.bnpparibascardif.be

ou à

- l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, B-1 000 Bruxelles (www.ombudsman.as).

L'introduction d'une plainte ne réduit en rien la possibilité d'intenter une action en justice.

ARTICLE 14 : FRAUDE

Toute fraude ou tentative de fraude envers l'entreprise d'assurance est sanctionnée en application de la législation en la matière et/ou des conditions générales ou particulières. Elle pourrait faire également l'objet de poursuites pénales.

ARTICLE 15 : PROTECTION DES INTÉRÊTS DU CLIENT

A la suite de la nouvelle réglementation Twin Peaks II (Loi du 30 juillet 2013 - M.B. 30 août 2013) qui a pour but de protéger les intérêts du client, l'Assureur a intégré sur son site internet, des informations concernant ses politiques de rémunération et d'identification de gestion et de contrôle des conflits d'intérêts pouvant survenir au sein de la compagnie et/ou entre la compagnie et les tiers. Vous trouverez plus d'informations concernant:

- la politique de rémunération sur www.bnpparibascardif.be/fr/pid3079/vergoedingen.html ;
- la politique de conflit d'intérêts sur www.bnpparibascardif.be/fr/pid3080/belangenconflicten.html.

ARTICLE 16 : TRAITEMENT DES DONNÉES

L'Adhérent est expressément informé de l'existence du traitement de ses données personnelles et confirme son accord pour le traitement automatique des informations nominatives et personnelles qui sont rassemblées par l'Assureur dans le cadre de l'adhésion et de la gestion du dossier.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, au Preneur d'assurance et aux partenaires contractuels qui interviennent dans la gestion du dossier, la gestion des sinistres, le service à la clientèle.

Aux termes de la loi du 8 décembre 1992, l'Adhérent dispose gratuitement du droit d'accès et de rectification des données dont dispose l'Assureur. Une information complémentaire peut être obtenue auprès de la Commission de la protection de la vie privée, Rue de la Presse 35, B-1000 BRUXELLES.

Le responsable du traitement du fichier est l'Assureur.

ARTICLE 17 : NOTIFICATION ET JURIDICTION

Seuls les tribunaux belges sont compétents pour régler des litiges nés de l'application du présent contrat.

Toute notification d'une partie à l'autre doit être faite, à l'Adhérent à sa dernière adresse connue, à l'Assureur et au Preneur d'assurance à leur siège social respectif.