

Crédit conso

Assurance solde restant dû

Conditions Générales 

Contrat d'assurance sur la vie



AFi • ESCa 
Groupe Burrus

Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation

Crédit conso

Contrat d'assurance "Solde Restant Dû"

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 qui accepte les termes du contrat et paie la prime. 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.

Il est à noter que si le Bénéficiaire désigné aux Conditions Particulières est l'Organisme Prêteur, cette désignation vaudra également pour les garanties I.P.T. et I.T.T.

S'il ne s'agit pas de l'Organisme Prêteur, les prestations en cas d'I.P.T. et d'I.T.T. seront versées à l'Assuré.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en état d'Invalidité 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'invalidité 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. Par ailleurs, l'indemnisation n'est possible qu'après une période de 90 jours consécutifs d'arrêt de travail (période de carence).

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.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti, étant le décès par accident ou maladie ; en outre, si ces garanties complémentaires ont été souscrites, l'Invalidité Permanente Totale et l'Incapacité Temporaire et Totale de travail, tels que définis dans les présentes et n'étant pas consécutifs à des maladies, pathologies, accidents, tout événement généralement quelconque exclus par les normes légales relatives à l'assurance vie, les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières, si ces dernières prévoient une ou des exclusions particulières spécifiques selon le cas.

Article 2 Objet de l'Assurance

CREDIT CONSO est un contrat individuel d'assurance sur la vie destiné à la couverture de crédits à la consommation dans la limite de 100 000€ par tête assurée.

Il comporte une garantie obligatoire en cas de Décès de l'Assuré.

Deux garanties complémentaires sont également proposées :

- l'Invalidité Permanente Totale,
- l'Incapacité Temporaire et Totale de travail.

Il est précisé que cette assurance :

- comporte une valeur de rachat qui est égale à la partie de la prime non absorbée par la couverture du risque.

En cas de décès de l'Assuré par suite d'un risque exclu tel que défini à l'article 11 des présentes Conditions Générales, et éventuellement des Conditions Particulières, ainsi que par les normes légales relatives à l'assurance vie, l'Assureur payera au Bénéficiaire la partie de la prime payée et relative à la période postérieure à la date du décès, et non absorbée par la couverture du risque, tout en étant limitée à la prestation assurée en cas de décès, la partie de la prime non absorbée, comme dit ci-devant, sera payée nette de tous frais de commissionnement d'intermédiaire(s), de taxe payée par l'Assureur ainsi que des frais de dossier,

- 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 à la souscription et activité professionnelle

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de Décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 70 ans.

Pour être admise aux garanties I.P.T. et I.T.T., la personne à assurer doit être âgée de moins de 60 ans. La personne à assurer doit exercer une activité professionnelle rémunérée à la date où survient le sinistre.

3.2. Conditions liées au lieu de résidence de l'assuré et à l'organisme prêteur

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

Le prêt doit être :

- libellé en euros,
- rédigé en français, en néerlandais ou en allemand,
- souscrit auprès d'un Organisme Prêteur situé au sein de l'Union Européenne.

Les personnes résidant au Luxembourg peuvent être assurées sous réserve que le prêt à garantir soit souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en Belgique.

Article 4 Modalités de souscription

Le Preneur d'assurance remplit en ligne la demande de souscription et accompagne celle-ci du versement de la prime, **à l'ordre de l'Assureur.**

Pour être admise à l'assurance, la personne à assurer doit remplir les conditions lui permettant d'effectuer une déclaration sur l'honneur de bonne santé.

Dans l'éventualité où la personne à assurer ne remplit pas les conditions lui permettant d'effectuer une déclaration sur l'honneur de bonne santé, telle qu'elle lui est proposée à la signature, celle-ci doit impérativement en avvertir immédiatement l'intermédiaire ou l'Assureur, le présent contrat ne pouvant être souscrit en l'état. Si le contrat est souscrit malgré l'impossibilité pour la personne à assurer de signer ladite déclaration sur l'honneur de bonne santé, l'Assureur pourra invoquer la nullité du contrat lorsqu'il aura connaissance de la fausse déclaration, et ce, conformément aux normes légales applicables en la matière, ainsi qu'en vertu des dispositions contractuelles des présentes Conditions Générales ainsi que des Conditions Particulières.

L'acceptation du risque par l'Assureur se matérialise par l'établissement de Conditions Particulières précisant les garanties souscrites et leurs montants, la date d'effet du contrat, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation ainsi que les bénéficiaires désignés.

Pour le Luxembourg, ainsi que pour toutes les personnes résidant de façon permanente et principale dans ce pays, à peine de nullité du contrat, si le Preneur d'assurance et l'Assuré sont des personnes différentes, l'Assuré doit également signer le contrat, ainsi que les Clauses Particulières, outre la déclaration sur l'honneur de santé parfaite susmentionnée.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières ne sera pas pris en charge.

Article 5 Prise d'effet des garanties et durée du contrat

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,
 - du paiement de la prime,
- les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions Particulières. Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée dans les Conditions Particulières et cesse dans les conditions prévues à l'article 10.

Article 6 Garantie Décès

Cette garantie doit être obligatoirement souscrite.

En cas de Décès de l'Assuré suite à une maladie ou à un accident garanti(e), l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) le capital restant dû affecté de la quotité définie aux conditions particulières, à la date du décès.

Le capital versé ne saurait être supérieur au capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant le décès [se reporter au tableau intégré aux Conditions Particulières décrivant l'évolution année par année du capital assuré].

Article 7 Garanties complémentaires

7.1. Garantie en cas d'Invalidité Permanente Totale

En cas d'Invalidité Permanente Totale, l'Assureur verse au Bénéficiaire le capital restant dû, affecté de la quotité définie aux conditions particulières, à la date de consolidation de l'état d'Invalidité Permanente Totale.

Le capital versé ne saurait être supérieur au capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de consolidation de l'état d'Invalidité Permanente Totale [se reporter au tableau intégré aux Conditions Particulières décrivant l'évolution année par année du capital assuré].

7.2. Garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail de l'Assuré, l'Assureur prend en charge les remboursements d'emprunt pendant toute la durée de l'incapacité, aux conditions définies ci-après.

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 par l'Assureur ne pourra prendre 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) fournis 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 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 présente garantie. En outre, cette garantie prend fin dans les conditions stipulées à l'article 10.

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

Article 8 Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier.

Cependant la preuve d'un décès survenu hors de Belgique, devra être fournie au moyen d'un certificat établi par le consulat ou l'ambassade belge ou luxembourgeoise, selon le cas, dans le pays concerné.

Pour les risques d'Invalidité Permanente Totale ou d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'état devra être constaté médicalement en Belgique ou, pour les assurés résidant au Luxembourg, dans leur pays de résidence.

Article 9 Modification des garanties

Le Preneur d'Assurance est tenu d'informer le service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles 81, 1420 Braine-L'Alleud, de toute modification liée à son crédit.

En cas de remboursement anticipé (partiel ou total), le Preneur d'assurance s'engage à adresser au Service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles 81, 1420 Braine-L'Alleud, une attestation de l'organisme prêteur mentionnant la date et le montant du remboursement, accompagnée du nouveau tableau d'amortissement, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat.

La partie de prime payée et non courue, nette de tout chargement de commissionnement(s) d'intermédiaire(s), de frais de dossier et de toutes taxes éventuelles acquittées par l'Assureur, sera remboursée au Preneur d'assurance.

Article 10 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour du terme ou du remboursement anticipé du prêt,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - . pour la seule garantie Décès, au 75ème anniversaire de l'Assuré,
 - . pour les garanties Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire et

Totale de travail au 65ème anniversaire de l'Assuré, et au plus tard au jour du départ volontaire en retraite.

- le jour où le contrat est résilié.

Article 11 Exclusions communes à toutes les garanties

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

- Suicide au cours de la 1ère année du contrat,
- Guerre civile ou étrangère, émeute, insurrection 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 la FSMA concernant les assurances sur la vie en cas de conflit armé,
- Délit ou crime commis volontairement par l'assuré en tant qu'auteur ou co-auteur et dont il pouvait prévoir les conséquences,
- Effets directs ou indirects d'explosions ou de dégagements de chaleur ou d'irradiations, provenant de la transmutation de noyaux d'atomes,
- Affections ou accidents médicalement constatés à une date antérieure à celle de la prise d'effet des garanties,
- Accidents occasionnés par l'Assuré en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieure ou égal à 0,5 g/l),
- Usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement,
- 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.

En cas de décès de l'Assuré par suite d'un risque exclu tel que défini à l'article 11 des présentes Conditions Générales, et éventuellement des Conditions Particulières, ainsi que par les normes légales relatives à l'assurance vie, l'Assureur payera au Bénéficiaire la partie de la prime payée afférente à la période postérieure à la date du décès, et non absorbée par la couverture du risque, tout en étant limitée à la prestation assurée en cas de décès. La partie de la prime non absorbée, comme dit ci-devant, sera payée nette de tous frais de commissionnement d'intermédiaire(s), de taxe payée par l'Assureur ainsi que des frais de dossier.

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. - 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, de randonnées en montagne au-dessus de 5 000 m, de nautisme à plus de 25 miles des côtes,
 - résultant du fait de la plongée sous-marine au-delà de 20 m, de la spéléologie,
 - résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - résultant de la participation de l'Assuré à tout mouvement populaire, rixe, 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.

Article 13 Exclusions spécifiques à la garantie I.T.T.

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.

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,
- le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s) en cours.

14.2. En cas d'Invalidité Permanente Totale

À compter de la date de consolidation de son état d'Invalidité Permanente Totale et au plus tard dans un délai maximum de 3 mois, 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,
- le tableau d'amortissement et une attestation de l'organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) prêt(s) à la date de reconnaissance de l'état d'Invalidité Permanente Totale.

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur son état d'invalidité.

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 immédiate à l'Assureur et au plus tard dans un délai maximum de 30 jours à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail, et en tout état de cause aussi vite que raisonnablement peut se faire.

A défaut de déclaration dans le délai imparti ou raisonnablement admis comme dit ci-dessus, 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 d'arrêt de travail,
- 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.

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..

Il est également précisé que le Médecin Conseil de l'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes d'assurance maladie ou assimilés.

Article 15 Expertise

Lorsqu'il y a mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'Assureur peut mandater un médecin pour réaliser une expertise au cours de laquelle l'assuré à la faculté de se faire assister, à ses frais, 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

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.

Celles-ci tiennent compte notamment :

- de l'âge de l'Assuré, calculé par différence de millésimes,
- de la nature et du montant des garanties souscrites,
- du montant du capital emprunté et de la durée.

Les primes font l'objet d'un versement unique, incluant des frais de dossier dont le montant figure sur le contrat.

Article 17 Information du Preneur d'assurance

A tout moment, le Preneur d'assurance peut obtenir de l'Assureur une information qui indiquera notamment les capitaux garantis.

Article 18 Faculté de renonciation et de résiliation.

Faculté de renonciation :

Le Preneur d'assurance peut renoncer à son contrat et être remboursé déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque, si, dans les 30 jours qui suivent le paiement de la prime ou la date d'acceptation par l'Assuré des nouvelles conditions d'assurance, 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»

Faculté de résiliation :

L'Assureur peut résilier également le contrat dans les trente jours qui suivent la date de la conclusion du contrat d'assurance, sans pénalité et sans obligation de motivation, la prime éventuellement payée à l'Assureur étant remboursée intégralement à l'Assuré. La résiliation dans ce cas ne prend effet que huit jours après sa notification. Cette résiliation doit se faire également sous pli recommandé avec accusé de réception adressé au Preneur d'assurance.

Article 19 Protection de la vie privée

Le Preneur d'assurance dispose d'un droit d'accès et de rectification 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, en s'adressant au Service Clients d'AFI ESCA, Chaussée de Nivelles 81, 1420 Braine-L'Alleud (Lois et règlements relatifs aux traitements de données à caractère personnel).

Article 20 Réclamation

Toute réclamation concernant le contrat peut être envoyée au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, ou au Service Clients d'AFI ESCA - Chaussée de Nivelles 81, 1420 Braine-L'Alleud, et ceci sans préjudice du droit du Preneur d'assurance et de l'Assuré d'introduire une action de justice.

Article 21 Prescription

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 3 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. En ce qui concerne l'action du bénéficiaire, cette durée est portée à 5 ans 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.

La prescription est interrompue notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Article 22 Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Preneur d'assurance et/ou selon le cas au(x) bénéficiaire(s).

Article 23 Loi applicable – Autorité de contrôle

Le présent contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires de Droit Belge.

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

Cependant, la législation fiscale du pays de résidence du Preneur d'assurance sera applicable aux charges fiscales et/ou sociales qui doivent grever éventuellement les primes et il en est de même en ce qui concerne les avantages fiscaux liés au(x) paiement(s) des primes.

Les impôts et taxes relatives aux revenus sont déterminés par la Loi du pays de résidence de l'assuré et/ou du(des) Bénéficiaire(s) ou selon le cas par la Loi applicable dans le pays où les revenus taxables sont perçus.

Pour ce qui est des droits de successions, la Loi fiscale applicable est celle du pays de résidence de l'Assuré et/ou des Bénéficiaires, selon le cas. Il est en de même en ce qui concerne le Droit des successions.



Votre courtier