

Protectim

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



Protectim

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 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.

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.

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.

Article 2 Objet de l'Assurance

PROTECTIM est un contrat individuel d'assurance sur la vie.

Il comporte une garantie obligatoire qui prévoit en cas de Décès, le versement par l'Assureur au Bénéficiaire désigné, d'un capital dont le montant est défini par rapport à une opération de crédit. Ce capital est égal au solde restant dû sur un ou des prêt(s) contracté(s) par l'Assuré ou par le Preneur d'assurance, multiplié par la quotité garantie sur la tête assurée, dans la limite du capital assuré.

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.

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

Il est précisé que cette assurance :

- ne comporte pas de valeur de rachat,
- 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. Âge de l'Assuré à la souscription et activité professionnelle

Pour être admis à la garantie obligatoire en cas de Décès, la personne à

assurer doit être âgée de moins de 75 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.

3.2. Modalités de souscription

Le Preneur d'assurance remplit la Proposition d'assurance jointe aux Conditions Générales et accompagne celle-ci, soit du versement de la première prime à l'ordre de l'Assureur, soit de son mandat de domiciliation européenne SEPA.

La personne à assurer est soumise à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de sa souscription. Les examens médicaux doivent être réalisés en Belgique.

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 conditions, de la part d'AFI ESCA.

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration, si elle est intentionnelle, entraînera la nullité du contrat, les primes restant 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 certaines garanties ou de certains risques.

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.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, constaté entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. A défaut, il s'expose à l'annulation du contrat.

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).

3.3. Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en Belgique.

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.

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 (voir article 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 la signature de l'acte de prêt.

En cas d'exercice par le preneur d'assurance de son droit de renonciation (voir article 21), les sommes perçues lors de la souscription seront remboursées, déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque et des frais engagés pour la sélection médicale. Le contrat sera réputé n'avoir jamais pris effet.

Si le terme du prêt se trouve finalement être postérieur 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 est amortissable,
- la durée du contrat est au moins égale à celle 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 150 000 (cent cinquante mille) euros.

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. En revanche, **le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même prêt pour l'ensemble des assurés ne peut en aucun cas excéder ce montant.**

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 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 Bénéficiaire est calculé sur la base du capital restant dû sur le prêt à la date du décès de l'Assuré, dans la limite du capital assuré, précisé aux Conditions Particulières ou dans le dernier avenant.

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

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé sur la base du capital restant dû sur le prêt 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 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.

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 par l'Assureur ne prendra effet **qu'à compter du 91^{ème} 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 et mentionnées sur les Conditions Particulières du contrat ou sur les avenants postérieurs.

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 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 € 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.**

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.

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 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.

Article 9 Modification des garanties

Le Preneur d'assurance peut demander, à tout moment, 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). 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. A cet effet, des frais d'avenant de 15 euros seront prélevés par l'Assureur.

A défaut, en cas de sinistre, les prestations versées ne pourront être supérieures à celles calculées sur la base des caractéristiques du prêt fournies lors de la souscription et reprises aux Conditions Particulières du contrat ou aux éventuels avenants.

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.

En cas de remboursement anticipé (partiel ou total) du prêt, le Preneur d'assurance s'engage à adresser à l'Assureur dans un délai de 2 mois, 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 sera remboursée au Preneur d'assurance.

Article 10 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite société,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès au 90^{ème} 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 pré-retraite, et au plus tard, au 65^{ème} 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,
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès ou d'I.P.T.,
- 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 résulte des faits suivants :

- Suicide au cours de la 1^{ère} 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 les autorités de contrôle belges 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.** Toutefois, les suites et conséquences des affections et accidents déclarés à l'Assureur sont garanties, **sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée dans les Conditions Particulières,**
- **Accidents occasionnés par l'Assuré en état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur 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.**

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,**
- **résultant 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.**

Article 13 Exclusions spécifique 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 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.

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).

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,
- 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 à l'Assureur dans un délai maximum de 30 jours à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail.

A défaut de déclaration dans le délai imparti, 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,
- 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.

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. 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 restant dû à l'organisme prêteur multiplié par la quotité garantie sur la tête assurée, telle que précisée aux Conditions Particulières et 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 toute la durée du contrat et dont le montant est fixe pendant toute la durée du paiement (primes constantes),
- 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)

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.

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 prêt serait considéré comme non amortissable et le tarif correspondant à celui sur capital restant dû serait

appliqué au montant initial du capital emprunté.

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 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 3^{ème} 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.

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

Article 19 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, une lettre recommandée, 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.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter du moment où il est informé que le crédit sollicité n'est pas accordé. Dans ce cas, l'entreprise d'assurances rembourse la prime payée

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.

Article 21 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 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

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, des 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 23 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 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.

Les primes versées au titre du contrat PROTECTIM sont éligibles à la déduction fiscale des primes pour « Habitation unique ».

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 déduction pour l'habitation propre et unique 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 déduction pour l'habitation propre et unique,
- 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.

Article 26 Loi applicable - Autorité de contrôle

Le présent contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges. Les tribunaux belges sont compétents pour régler des litiges nés de l'exécution du présent contrat d'assurance.



Votre courtier