

Crédit conso

Assurance solde restant dû

Conditions Générales 

Contrat collectif d'assurance sur la vie



Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation

SERVICE FINANCIER DE LUXEMBOURG sa

Crédit conso

Assurance solde restant dû

Contrat collectif d'assurance sur la vie "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 : 548502517 et la Succursale belge se trouve au Parc de l'Alliance, Boulevard de France, 9 A, 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

Contractant : Service financier de Luxembourg sa

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

Preneur d'assurance (Adhérent) : Personne physique ou morale cliente du Contractant qui adhère au contrat et paie la cotisation. 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.

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'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.

Article 2 Objet de l'Assurance

CREDIT CONSO est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative ouvert aux clients du Contractant pour couvrir leurs crédits à la consommation dans la limite de 100 000 €.

Il comporte une garantie obligatoire qui prévoit en cas de Décès de l'Assuré, le versement par l'Assureur au bénéficiaire désigné, du solde restant dû sur les prêts garantis.

Deux garanties complémentaires sont également proposées :

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

Article 3 Résiliation du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif par le Contractant, les garanties sont maintenues jusqu'au terme prévu de chaque adhésion et les prestations en cours continuent d'être versées jusqu'à leur terme normal.

L'Assureur n'accepte plus de nouvelles adhésions à compter de la date d'effet de la résiliation.

Chaque Preneur d'assurance est informé de la résiliation par le Contractant au moins deux mois avant sa date d'effet.

Article 4 Admission à l'Assurance

4.1. Age de l'Assuré à l'adhésion 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 et exercer une activité professionnelle rémunérée.

4.2. Modalités d'adhésion

Le Preneur d'assurance remplit la demande d'adhésion et accompagne celle-ci du versement de la cotisation, **à l'ordre de l'Assureur**.

Pour être admise à l'assurance, la personne à assurer doit signer une déclaration de santé.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit un Certificat d'Adhésion précisant les garanties souscrites et leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation ainsi que les bénéficiaires désignés.

En l'absence de réponse de l'Assureur dans un délai de 30 jours suivant la réception de la demande d'adhésion complétée par le Preneur d'assurance, l'Assureur s'oblige à conclure l'adhésion sous peine de dommages et intérêts. Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée au Certificat d'Adhésion ne sera pas pris en charge (sauf application de la garantie "couverture accidentelle immédiate" décrite à l'Article 5).

4.3. Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'assuré doit résider en Belgique. Les personnes résidant hors de Belgique peuvent être assurées que pour la seule garantie Décès sous réserve que le prêt à garantir soit :

- souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en Belgique,
- libellé en euros,
- rédigé en français, en néerlandais ou en allemand.

4.4. Conditions relatives à l'Organisme Prêteur

Si le prêt est contracté auprès d'un organisme prêteur hors de Belgique mais au sein de l'union européenne ou en Suisse, l'adhésion à l'ensemble des garanties est possible sous réserve que le prêt soit :

- libellé en euros,
- rédigé en français, en néerlandais ou en allemand.

4.5. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour toute la durée indiquée au Certificat d'Adhésion et cesse dans les conditions prévues à l'Article 10.

Article 5 Prise d'effet des garanties

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 cotisation,

les garanties prennent effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion.

Couverture accidentelle immédiate

Dès le lendemain du jour de la signature de la demande d'adhésion, et sous réserve que l'Assuré ait accepté l'offre de prêt et payé à l'Assureur la cotisation, une garantie "Accident" limitée au seul risque Décès, est accordée pour une durée de 30 jours.

N.B. 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 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 Bénéficiaire le capital restant dû, ainsi que les intérêts à échoir (à l'exception des arriérés, intérêts de retard et autres frais), à la date du Décès dans la limite du capital garanti. Le capital versé ne saurait être supérieur au capital assuré à la date anniversaire de l'adhésion précédant le décès (se reporter au tableau du certificat d'adhésion 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 ainsi que les intérêts (à l'exception des arriérés, intérêts de retard et autres frais), à la date de consolidation de son état d'Invalidité Permanente Totale.

Le capital versé ne saurait être supérieur au capital assuré à la date anniversaire de l'adhésion précédant la date de reconnaissance de l'invalidité (se reporter au tableau du certificat d'adhésion 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 dans la limite de 36 mois, 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) fournies par le Preneur d'assurance et mentionnées sur le Certificat d'Adhésion.

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 prise en charge ne pourra excéder 36 mois.

Article 8 Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont assurées dans le monde entier.

Cependant pour le risque Décès hors de Belgique, la preuve devra être fournie au moyen d'un certificat établi par le consulat ou l'ambassade belge dans le pays concerné, et pour les risques d'Invalidité Permanente Totale ou d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'état devra 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.

Le Preneur d'Assurance s'engage à adresser dès qu'il en a connaissance le tableau d'amortissement définitif au Service Clients d'AFI ESCA, Boulevard de France, 9 A, 1420 Braine-L'Alleud, afin que ce dernier ajuste ses garanties et lui envoie l'avenant correspondant. A défaut, en cas de sinistre, les prestations versées ne pourront être supérieures à celles calculées sur la base des caractéristiques du (des) prêt(s) fournies lors de l'adhésion et reprises au Certificat d'Adhésion ou aux éventuels avenants.

Toute modification prend effet après paiement de la cotisation y afférente et envoi de l'avenant au Certificat d'Adhésion correspondant.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie ou adhésion à de nouvelles garanties et d'adresser l'avenant correspondant, l'Assureur se réserve le droit de demander des informations complémentaires.

L'accord écrit de l'organisme prêteur est indispensable s'il a accepté le bénéfice de l'adhésion pour toute augmentation ou suppression ou ajout de garanties. En cas de remboursement anticipé (partiel ou total), le Preneur d'assurance s'engage à adresser au Service Clients d'AFI ESCA, Boulevard de France, 9 A, 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 de l'adhésion.

La partie de cotisation payée et non courue sera remboursée au preneur d'assurance.

Article 10 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour du terme de l'adhésion,

- le jour où cesse l'obligation de remboursement,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite société,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- 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 l'adhésion est résiliée.

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 de l'adhésion,
- 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 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. – 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,
 - 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.

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, Boulevard de France, 9 A, 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

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 91ème 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 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 des Assurés 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 cotisations

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

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,

- du type de prêt.

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

Article 17 Information du Preneur d'assurance

17.1. A tout moment

Le Preneur d'assurance peut obtenir de l'Assureur une information qui indiquera notamment les capitaux garantis.

17.2. En cas de modification de l'adhésion

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

Article 18 Faculté de renonciation

Le Preneur d'assurance peut renoncer à son adhésion et être remboursé déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque, si, dans les 30 jours qui suivent le paiement de la cotisation ou la date d'acceptation par l'Assuré des nouvelles conditions d'assurance, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, Boulevard de France, 9 A, 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 adhésion

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 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, Boulevard de France, 9 A, 1420 Braine-L'Alleud, (Lois et règlements relatifs aux traitements de données à caractère personnel).

Article 20 Réclamation

Toute réclamation concernant l'adhésion peut être envoyée au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, ou au Service Clients d'AFI ESCA - Boulevard de France, 9 A, 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 de la présente adhésion 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 de l'adhésion, 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.

Article 23 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

Service financier de Luxembourg sa

Rue de Rodange 2
6791 ATHUS

Tél: 063 38 08 30

FSMA: 063834 A