

AXA CREDIT PROTECTION est un contrat d'assurance collectif conclu entre AXA Bank Belgium et AXA Belgium S.A., qui en assure et en exécute toutes les prestations.

I. DÉFINITIONS

Compagnie: AXA Belgium, société anonyme d'assurances agréée sous le n° 0039 (A.R. 04-07-1979, M.B. 14-07-1979) ayant son siège social Boulevard du Souverain 25 à 1170 Bruxelles.
Preneur d'assurance: AXA Bank Belgium, société anonyme ayant son siège social Grotesteenweg 214 à 2600 Antwerpen, dont le numéro d'entreprise est 0404476835.
Assuré: l'assuré est la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré. Est assurée dans le cadre du présent contrat toute personne physique obtenant auprès du preneur d'assurance un prêt à tempérament (non professionnel) d'un montant maximum de 50.000 EUR et remboursable sur une durée maximum de 120 mois, pour autant que cette personne ait remis à AXA Bank Belgium, le document d'adhésion qui lui a été proposé, après avoir signé sans réserves ni ratures les déclarations contenues dans ce document d'adhésion.
Bénéficiaire: la personne physique ou morale en faveur de qui sont stipulées les prestations assurées.

II. CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ASSURANCE PRINCIPALE DU RISQUE DE DÉCÈS

II.1. Prestations et bénéficiaires

Contre paiement par le preneur d'assurance des primes convenues, la compagnie s'engage, en cas de décès d'un assuré pendant la durée de la couverture, à verser le capital garanti par le document d'adhésion de l'assuré comme décrit ci-après.
- Dans le cas où l'assurance garantit un prêt à tempérament dont le montant est inférieur ou égal à 5.000 EUR, le capital est versé au conjoint ni divorcé ni séparé de corps de l'assuré; à défaut au cohabitant légal de l'assuré; à défaut aux enfants nés et à naître de l'assuré, par parts égales; à défaut aux ascendants de l'assuré, par parts égales; à défaut aux héritiers légaux de l'assuré, par parts égales.
- Dans le cas où l'assurance garantit un prêt à tempérament dont le montant est supérieur à 5.000 EUR, le capital est versé à AXA Bank Belgium, sans toutefois dépasser le montant, à la date du décès, des mensualités encore à échoir du prêt à tempérament couvert par l'assurance. Le reliquat éventuellement disponible est payé aux bénéficiaires désignés ci-dessus, selon l'ordre indiqué.
Le preneur d'assurance cède aux assurés le droit de modifier les bénéficiaires afférents au montant qui n'est pas nécessaire pour garantir le solde restant dû de leur prêt à tempérament couvert par cette assurance.

II.2. Prise d'effet et terme de la couverture

Pour chaque assuré, la couverture prend cours à la date définie dans le document d'adhésion de l'assuré et ce, à la condition que le prêt ait pris effet à cette date. Elle cesse au terme indiqué dans ce même document. La résiliation, par l'assuré, du prêt à tempérament couvert par son assurance, dans les 7 jours ouvrables à compter de la date de ce prêt, entraîne, de plein droit, la résiliation de cette assurance et la restitution de la prime correspondante.
Le document d'adhésion est incontestable, hormis le cas de fraude.

II.3. Renonciation au contrat

L'assuré peut résilier le contrat d'adhésion dans les trente jours à compter de la prise d'effet de celui-ci. La demande de résiliation doit être communiquée à la compagnie, soit par lettre recommandée, soit par exploit d'huissier, soit par la remise d'une lettre contre récépissé. La prime payée est alors remboursée au preneur d'assurance, sous déduction du coût du risque couvert.

II.4. Rachat

Le preneur d'assurance cède le droit au rachat aux assurés. Toute demande de rachat introduite par un assuré doit être formulée au moyen d'un écrit daté et signé. La valeur de rachat du contrat d'adhésion d'un assuré est égale à 95 % de la valeur de rachat théorique existant à la date de la demande de rachat. Ce taux s'accroît de 0,083 % par mois au cours des 5 dernières années du contrat d'adhésion.
Le rachat produit ses effets à la date de la signature de la quittance de rachat ou du document en tenant lieu. Si l'assuré possède un compte à vue auprès d'AXA Bank Belgium, la valeur de rachat est versée sur ce compte. A défaut, elle est versée sur le compte communiqué par l'assuré.
Le contrat ne donne pas droit à des avances.

II.5. Etendue de la couverture du risque de décès

Les prestations en cas de décès sont acquises quels que soient les causes, les circonstances ou le lieu de la mort de l'assuré, à l'exclusion des seuls cas ci-après:
- décès résultant d'un suicide survenant moins d'un an après la prise d'effet de la couverture;
- guerre entre Etats ou faits de même nature et guerre civile
Le décès résultant directement ou indirectement d'une guerre entre Etats ou de faits de même nature ou d'une guerre civile n'est pas couvert. Lorsque le décès de l'assuré résulte d'une guerre qui a éclaté pendant son séjour à l'étranger, les prestations assurées sont acquises si le bénéficiaire prouve que l'assuré n'a pris aucune part active aux hostilités;
- émeutes, actes de violence collective, actes terroristes
Le décès résultant d'émeutes ou d'actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité, ou d'actes terroristes n'est pas couvert. Les prestations assurées sont néanmoins acquises si le bénéficiaire prouve que l'assuré n'a pris aucune part active à ces événements.
En cas de non-couverture, la compagnie paiera la valeur de rachat théorique calculée le jour du décès.

II.6. Paiement des sommes assurées

Les sommes assurées sont payées contre quittance revêtue des signatures légalisées, dès réception par la compagnie des documents probants, notamment:
- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré;
- un document médical sur formule délivrée par la compagnie et indiquant notamment la cause du décès;
- une photocopie de la carte d'identité du bénéficiaire, s'il s'agit d'une personne physique.
- un acte de notoriété indiquant les droits des bénéficiaires.
Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un bénéficiaire, la prestation prévue en cas de décès sera payée aux autres bénéficiaires désignés dans le contrat, selon l'ordre établi.
Le contrat ne donne droit à aucune participation bénéficiaire.

II.7. Loi applicable au contrat - Fiscalité

- Le contrat est régi par la loi belge.
- C'est la législation fiscale du pays de résidence du contribuable qui détermine l'octroi éventuel d'avantages fiscaux pour les primes. Dans certains cas, cet octroi est déterminé par la législation du pays dans lequel le contribuable acquiert des revenus.
- Tous impôts, taxes et contributions, présents ou futurs, applicables au contrat ou aux sommes dues par le preneur d'assurance ou par la compagnie, sont déterminés par la législation du pays de résidence du contribuable et sont à la charge de celui-ci ou de ses ayants droit.

II.8. Interlocuteur privilégié du preneur d'assurance

Si un problème devait surgir entre le preneur d'assurance et la compagnie et si le preneur d'assurance estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser au Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (fax 02 547 59 75, e-mail: info@ombudsman.as). Il a toujours la possibilité de demander l'intervention du juge.

II.9. Protection de la vie privée

Les données communiquées peuvent être traitées par la compagnie en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations. En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci. Les personnes concernées donnent leur consentement pour la collecte et la transmission par AXA Bank Belgium à AXA Belgium des données relatives à leur santé et pour le traitement de ces données lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Toutes les informations sont traitées avec la plus grande discrétion. Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie. De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

III. CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DU RISQUE D'INVALIDITÉ

Les conditions générales de l'assurance principale du risque de décès sont applicables à la présente assurance complémentaire du risque d'invalidité dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas. Contrairement à l'assurance principale, cette assurance complémentaire n'est pas incontestable et ce, pendant toute sa durée.

III.1. Définitions

Invalidité physiologique totale: l'invalidité physiologique représente la diminution de l'intégrité corporelle de l'assuré dont le degré est déterminé par décision médicale et par référence au barème officiel belge des invalidités (BOBI) indépendamment de toute décision de la Sécurité Sociale. L'invalidité physiologique est considérée comme totale lorsque son degré atteint au moins 67 %.

Invalidité économique totale: l'invalidité économique représente la diminution de la capacité de travail de l'assuré résultant de son invalidité physiologique. Le degré est fixé proportionnellement à la perte, évaluée aux dires des médecins, de l'aptitude physique de l'assuré à exercer une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa position sociale. Il n'est tenu compte d'aucun autre critère économique. L'invalidité économique est considérée comme totale lorsque son degré atteint 100 %.

Date du sinistre: la date déterminée par les médecins comme étant celle à partir de laquelle l'invalidité couverte est reconnue par les médecins comme étant totale, selon les définitions ci-avant.

Délai de carence: la période durant laquelle aucune prestation n'est due par la compagnie. Le délai de carence prend effet à la date du sinistre et se termine la veille de la date d'échéance de la 3ème mensualité, suivant la date du sinistre, du prêt à tempérament couvert par l'assurance.

Recharge: toute nouvelle invalidité qui survient endéans les trois mois suivant la fin de la prise en charge d'une invalidité couverte par la présente assurance et causée par la même maladie ou le même accident.

III.2. Prestations et bénéficiaires

Lorsque les conditions définies au point III.4. sont réunies, la compagnie verse à l'assuré, à chaque échéance d'une mensualité du prêt à tempérament couvert par l'assurance, une rente dont le montant est défini dans le document d'adhésion.

III.3. Degré de l'invalidité

Les invalidités préexistantes à la date de prise en cours de la couverture, de même que toute aggravation de telles invalidités, ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité. Il en va de même pour le pourcentage d'invalidité imputable à un risque non couvert.

III.4. Début et fin du droit aux prestations

Le droit aux prestations s'ouvre lorsque les conditions suivantes sont toutes réunies:
- l'assuré doit être atteint d'une invalidité économique totale si, le jour précédant la date du sinistre, il exerce une activité professionnelle,
- l'assuré doit être atteint d'une invalidité physiologique totale si, le jour précédant la date du sinistre, il n'exerce aucune activité professionnelle,
- le délai de carence doit être arrivé à son terme. Le délai de carence n'est pas appliqué en cas de rechute.
Le droit aux prestations cesse dans les éventualités suivantes:
- lorsque l'invalidité n'est plus totale;
- au décès de l'assuré;
- au terme de la couverture;
- si l'assuré arrête son traitement délibérément et contre avis médical;
- après 3 années d'intervention (pendant toute la durée de la couverture) pour les invalidités étant la suite directe d'une affection psychique;
- lorsque la couverture accordée dans le cadre de l'assurance principale du risque de décès prend fin.

III.5. Fin de la couverture

La couverture prend fin à la date de terme définie dans le document d'adhésion ou, avant cette date, lors du décès de l'assuré ou lorsque l'assurance principale du risque de décès prend fin. L'assurance complémentaire du risque d'invalidité n'a pas de valeur de rachat.

III.6. Risques non couverts

L'assurance ne couvre pas l'invalidité survenue dans les circonstances énoncées au point II.5, de même que l'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident:

- a) résultant d'une tentative de suicide de l'assuré ou du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire;
- b) résultant d'actes téméraires, de paris, défis quelconques auxquels l'assuré aurait participé;
- c) résultant du fait que l'assuré se soit trouvé, soit sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue, soit en état d'ivresse ou en état d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 g/l de sang;
- d) dont une des composantes est l'alcoolisme ou résultant directement ou indirectement de toxicomanie y compris l'alcoolisme ou de l'usage abusif de médicaments;
- e) résultant d'un traitement esthétique, à moins qu'il ne s'agisse de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer;
- f) résultant de stérilisation, d'insémination artificielle, de fécondation in vitro.

Dans le cas d'une invalidité résultant d'une grossesse ou d'un accouchement, sans préjudice de l'application du délai de carence, les prestations ne seront dues qu'à partir du 4^{ième} mois qui suit la délivrance.

L'assurance ne s'applique pas lorsque l'invalidité est provoquée par un accident ou une maladie résultant:

- a) de la présence de l'assuré à bord d'un véhicule quelconque participant ou se préparant à une épreuve sportive (course, match, etc.);
- b) de la pratique, en tant que professionnel ou amateur rémunéré, d'un sport quelconque;
- c) de la pratique, en compétition ou hors piste, du ski sur neige;
- d) du pilotage d'un avion ou d'un hélicoptère;
- e) d'une infirmité ou d'un état de santé déficient qui existait déjà au moment de la prise en cours de la couverture, que l'assuré en avait connaissance ou non à ce moment.

III.7. Sinistres

A. Déclaration

Tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner une invalidité totale de l'assuré doit être déclaré à la compagnie, par lettre, sur un formulaire émanant de celle-ci, dans le délai d'un mois à dater de la survenance de l'accident ou de la maladie, sous peine de sanction. Toutefois, la compagnie ne se prévaudra pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire ou que la déclaration tardive n'a pas d'impact sur l'appréciation du sinistre et que la compagnie ne subit de ce fait aucun préjudice. A cette déclaration sera joint un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'assuré, ainsi qu'un certificat du ou des médecins traitants de l'assuré, rédigé sur formulaire délivré par la compagnie, spécifiant la date de survenance, les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'invalidité. L'assuré transmettra également à la compagnie tout document probant demandé par elle attestant de l'exercice d'une activité professionnelle ou de l'absence d'une activité professionnelle le jour précédant la date du sinistre. L'assuré recevra les délégués de la compagnie et fournira sans retard tous les renseignements que la compagnie jugera nécessaires pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

B. Obligations de l'assuré

Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les délégués de la compagnie puissent rencontrer l'assuré et que les médecins de la compagnie puissent examiner celui-ci en tout temps et en tout lieu. Ils doivent être à même de remplir toutes les missions que la compagnie jugera nécessaire, dans un délai de trente jours à dater de la notification que la compagnie aura faite. La compagnie pourra demander que le contrôle médical ait lieu en Belgique. Tout manquement à ces obligations pourra être sanctionné suivant les dispositions de la loi.

C. Fixation de l'invalidité et expertise médicale

Le degré d'invalidité est fixé conformément au point III.3. des conditions générales. La décision de la compagnie est considérée comme acceptée si le preneur d'assurance ne signifie pas à la compagnie son désaccord, par écrit, dans le mois suivant la notification. A défaut d'entente entre les parties à ce sujet ou sur un autre sujet médical, la question est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par le preneur d'assurance, l'autre par la compagnie. Faute d'arriver à un accord, les médecins experts choisissent un troisième médecin expert. Les trois médecins experts statuent en commun, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième est prépondérant. Les médecins experts sont dispensés de toutes formalités. Si l'une des parties ne nomme pas son médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin expert. Les frais et honoraires du troisième sont partagés par moitié.

D. Changement du degré de l'invalidité

Toute atténuation du degré de l'invalidité et la cessation de l'invalidité totale doivent être déclarées à la compagnie, par lettre recommandée, dans un délai d'un mois. Toutes les dispositions prévues au point III.7 sont applicables à ces cas.