Contrat d'Assurance Solde Restant Dû – Prêt à Tempérament
Conditions Générales Credit Security Plan

Introduction

Le présent document constitue les Conditions Générales du Contrat d'Assurance Solde Restant Dû – Prêt à Tempérament Credit Security Plan que vous concluez avec nous, ACM Belgium Life SA, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles, entreprise d'assurance enregistrée auprès de la Banque Nationale de Belgique sous le numéro 0956 et, le cas échéant, en ce qui concerne l'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation, avec ACM Belgium SA, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles, entreprise d'assurance enregistrée auprès de la Banque Nationale de Belgique sous le n° 964 et qui déterminent vos droits et obligations, ainsi que les nôtres, concernant ce Contrat d'Assurance.

Le Contrat d'Assurance se compose d'une Assurance Principale Décès et, le cas échéant et selon ce qui est indiqué dans la Confirmation d'Assurance, d'une ou plusieurs Assurances Complémentaires.

1. Définitions

Dans ces Conditions Générales, les expressions suivantes auront toujours la signification donnée ci-après, sauf lorsque le contexte induit un sens différent.

"Âge" signifie l'âge actuariel correspondant à une période débutant 6 mois avant la date d'anniversaire de l'assuré et se terminant 6 mois après ladite date d'anniversaire.

"Assuré" signifie la personne physique sur qui repose le risque de survenance des événements assurés et qui est désignée dans la Confirmation d'Assurance. Vous êtes l'Assuré dans le cadre du présent Contrat d'Assurance.

"Bénéficiaire(s)" signifie la ou les personne(s) physique(s) ou morale(s) désignées, par ordre de priorité, dans la Confirmation d'Assurance pour recevoir les prestations de ce Contrat d'Assurance, sans préjudice de la cession au Prêteur de vos droits résultant du Contrat d'Assurance.

"Confirmation d'Assurance" signifie la confirmation d'assurance que nous vous avons adressée en réponse à votre Demande de Souscription.

"Contrat d'Assurance" signifie le contrat conclu entre vous et nous et qui se compose de la Demande de Souscription, de la Confirmation d'Assurance, des Conditions Générales et de tout autre document que nous rédigeons et vous envoyons pour confirmer toute modification des clauses et/ou conditions applicables à votre Contrat d'Assurance. Le Contrat d'Assurance est complété par les déclarations sur votre état de santé.

"Contrat de Prêt" signifie le contrat de prêt à tempérament conclu avec le Prêteur et dont le solde restant dû, dans les limites des montants assurés, est couvert selon les termes et conditions du présent Contrat d'Assurance.

"Date d'entrée en vigueur" signifie la date à laquelle le Contrat d'Assurance entre en vigueur, et qui est mentionnée dans la Confirmation d'Assurance.

"Demande de Souscription" signifie la demande de souscription que vous nous avez adressée en vue de souscrire au Contrat d'Assurance.

"Preneur d'assurance" signifie la personne physique capable avec laquelle nous concluons ce Contrat d'Assurance et à qui les invitations de paiement de primes et tout autre document relatif au Contrat d'Assurance seront envoyés. « Vous » êtes le Preneur d'assurance dans le cadre de ce Contrat d'Assurance.

"Prêteur" signifie l'organisme financier qui a octroyé le prêt à tempérament et à qui les prestations résultant du présent Contrat d'Assurance sont cédées en couverture du solde restant dû, dans les limites des montants assurés, du Contrat de Prêt.

"Assureur" signifie **ACM Belgium Life SA**, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles, entreprise d'assurance agréée sous le n° BNB 0956 - IBAN BE31 9540 1981 8155 BIC CTBKBEBX - TVA BE 0403.217.320 RPM Bruxelles -Tél. 02/789.42.00 – www.acm.be.

2. Fonctionnement du Contrat d'Assurance

2.1. A propos de ce Contrat d'Assurance

Vous souscrivez ce Contrat d'Assurance en couverture d'un prêt à tempérament et vous cédez au Prêteur les droits résultant du Contrat d'Assurance, dont le droit au bénéfice, et le Prêteur est le bénéficiaire acceptant du Contrat d'Assurance, à concurrence de ce qui est dû par vous en raison du/des Contrat(s) de Prêt. Pour cette raison, toute intervention de notre part dans le cadre de ce Contrat d'Assurance se fera prioritairement au profit du Prêteur afin de permettre le remboursement, dans les limites des montants assurés, du solde restant dû du/des Contrat(s) de Prêt.

Le Contrat d'Assurance est valable dans le monde entier.

Ce Contrat d'Assurance est basé sur vos déclarations de toutes les circonstances connues de vous et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments nécessaires pour permettre une appréciation du risque correcte et complète. Vous serez ainsi notamment amené à faire une déclaration sur votre état de santé, que vous devrez nous renvoyer dûment datée et signée. Vos déclarations et réponses aux questions qui vous sont soumises doivent être précises, complètes et correspondre à la réalité. Toute omission ou inexactitude dans vos déclarations et réponses pourra entraîner un refus d'intervention de notre part.

Votre souscription à ce Contrat d'Assurance est subordonnée à un examen de votre situation personnelle et de vos déclarations et réponses concernant votre état de santé.

L'Assurance Principale Décès et les Assurances Complémentaires sont incontestables dès la Date d'entrée en vigueur, hormis le cas de fraude.

2.2. Demande de Souscription

Les informations indiquées dans la Demande de Souscription doivent toutes être correctes car elles servent de base à l'établissement du Contrat d'Assurance et à l'évaluation du risque. Par la signature de la Demande de Souscription, vous confirmez formellement que vous remplissez les conditions d'admissibilité.

2.3. Les primes payées dans le cadre de ce Contrat d'Assurance

Le montant et la fréquence de paiement de la ou des primes sont indiqués dans la Confirmation d'Assurance ou, le cas échéant, dans l'avenant le plus récent ayant modifié ces données. Les primes, ainsi que les taxes applicables, sont payables par anticipation, aux échéances prévues. Les primes et taxes applicables relatives aux Assurances Complémentaires sont exigibles aux mêmes échéances et selon les mêmes modalités que celles relatives à l'Assurance Principale Décès.

Chaque échéance de prime est due en totalité. Le paiement d'un montant partiel de la prime sera considéré comme une échéance impayée.

Le paiement des primes est en principe facultatif. Il est toutefois possible que vous soyez obligé de payer les primes en vertu du Contrat de Prêt ou d'autres engagements que vous auriez pris avec des tiers. Vous pouvez à tout moment mettre fin au paiement des primes relatives aux Assurances Complémentaires, indépendamment de la prime relative à l'Assurance Principale Décès.

Le montant des primes est révisable conformément à la réglementation.

Tous les tarifs d'application ou applicables, à l'exclusion des surprimes éventuelles, ont été déposés auprès de la Banque Nationale de Belgique.

2.4. Entrée en vigueur et prise d'effet du Contrat d'Assurance

Le Contrat d'Assurance prend effet dès la Date d'entrée en vigueur. Toutefois, les garanties prendront cours à cette date sous réserve des éventuels délais d'attente spécifiés dans les Conditions Générales des garanties concernées.

Si le paiement des primes est étalé dans le temps, et que vous cessez de payer les primes ou que vous ne payez pas les primes dans leur totalité, nous vous avertirons, ainsi que le Prêteur, par lettre recommandée des conséquences qui en découlent. L'Assurance Principale Décès et les éventuelles Assurances Complémentaires pourront ainsi être résiliées dans les 30 jours après l'envoi de ce courrier ou, le cas échéant, faire l'objet d'une réduction de nos prestations.

2.5. Période de Réflexion

Vous avez le droit de résilier votre Contrat d'Assurance dans les 30 jours qui suivent la Date d'entrée en vigueur et, le cas échéant, dans les 30 jours à compter du moment où vous avez connaissance que le Contrat de Prêt n'est pas accordé (la « Période de réflexion »). Lorsque la conclusion du Contrat d'Assurance se fait à distance au sens du livre VI du Code de Droit Economique, nous vous informons de la conclusion du Contrat d'Assurance par le biais de la Confirmation d'Assurance. Vous avez alors le droit de résilier le Contrat d'Assurance dans un délai de 30 jours à partir de cette information.

Pour faire usage de ce droit de vous retirer du Contrat d'Assurance lors de la Période de réflexion, vous devez nous faire parvenir une notification signée et datée en ce sens. Votre Contrat d'Assurance sera résilié dès la réception de cette notification.

Dans ces hypothèses, nous vous rembourserons la prime que nous aurions le cas échéant reçue, déduction faite du coût du risque consommé.

2.6. Résiliation par l'Assureur

Pendant un délai de 30 jours suivant la Date d'entrée en vigueur, nous pouvons résilier le Contrat d'Assurance, notamment si nous n'avons pas reçu (i) votre déclaration sur votre état de santé datée et signée et/ou (ii) le paiement de la (première) prime. Dans ce cas, nous vous enverrons une notification pour vous confirmer cette résiliation, avec, le cas échéant, remboursement de la prime si elle a déjà été payée. La résiliation prend effet 8 jours après la notification de résiliation.

Lorsque la conclusion du Contrat d'Assurance se fait à distance au sens du livre VI du Code de droit économique, ce délai de 30 jours commence à courir à partir du moment où nous vous avons informé de la conclusion du Contrat d'Assurance par le biais de la Confirmation d'Assurance.

2.7. Participation Bénéficiaire / Avances / Rachat / Réduction

Le Contrat d'Assurance ne donne pas droit à une quelconque participation bénéficiaire, ni le droit de demander des avances. Toute demande en ce sens sera refusée.

Si vous choisissez de payer vos primes de manière périodique pendant une durée supérieure à la moitié de la durée du Contrat d'Assurance, vous ne disposez pas du droit de demander le rachat ou la réduction de votre Contrat d'Assurance. Toute demande en ce sens sera refusée.

Si vous choisissez de payer vos primes de manière périodique pendant une durée égale ou inférieure à la moitié de la durée du Contrat d'Assurance, les dispositions suivantes seront d'application :

- vous pouvez demander le rachat de votre Assurance Principale Décès et/ou des Assurances Complémentaires, avec l'accord écrit du Prêteur, en nous adressant une notification datée et signée et moyennant remise du Contrat d'Assurance, et copie de votre carte d'identité. Seules les demandes de rachat total seront prises en considération, sauf si vous demandez le rachat partiel de votre Assurance Principale Décès et/ou de l'Assurance Complémentaire suite au remboursement anticipatif d'une fraction du montant du Contrat de Prêt, pour une quotité égale à la quotité du Contrat de Prêt remboursée ;
- le calcul de la valeur de rachat s'opère à la date de la demande. Si au moment de la demande de rachat une prime est impayée, le Contrat d'Assurance sera d'abord réduit à la date d'échéance de cette prime impayée avant de procéder au calcul de la valeur de rachat ;
- la valeur de rachat est égale à la valeur de rachat théorique diminuée de l'indemnité de rachat. L'indemnité de rachat est égale à 5% de la valeur de rachat théorique, avec un minimum de 75,00 Euro (indexé en fonction de l'indice de santé des prix à la consommation). Le pourcentage de 5% diminue d'1% par an durant les 5 dernières années du Contrat d'Assurance. Les Contrats d'Assurance dont la durée est égale ou inférieure à 12 mois ne peuvent pas être rachetés ;
- le montant que nous vous versons suite à un rachat de l'Assurance Principale Décès et/ou des Assurances Complémentaires est soumis à tout frais, taxe ou impôt éventuellement applicables ;
- le rachat produit ses effets à la date où vous signez pour accord la quittance de valeur de rachat ;
- en cas de rachat, vous pouvez solliciter la remise en vigueur de l'Assurance Principale Décès rachetée en nous adressant une notification en ce sens et en procédant au remboursement effectif du montant racheté, l'un et l'autre dans les trois mois à dater du moment où le rachat est devenu effectif. En cas de réduction, vous pouvez demander la remise en vigueur de votre Contrat d'Assurance dans un délai de trois ans. Toute demande de remise en vigueur de votre part sera subordonnée à un ré-examen du risque sur base d'une nouvelle déclaration sur votre état de santé.

2.8. Durée et fin de l'Assurance Principale Décès et des Assurances Complémentaires

L'Assurance Principale Décès ainsi que toutes les Assurances Complémentaires prendront fin de plein droit :

- en cas de rachat total de l'Assurance Principale Décès (ce rachat entraînant de plein droit, et s'il y a lieu, le rachat des Assurances Complémentaires, selon les mêmes modalités) ;
- en cas de résiliation de l'Assurance Principale Décès ;
- si vous décédez ; ou
- en cas de versement du Capital Maladie Grave (si d'application).

Vous pouvez résilier les Assurances Complémentaires sans automatiquement devoir résilier l'Assurance Principale Décès.

3. Dispositions Générales

3.1. Opérations relevant du Contrat d'Assurance

Avant que nous effectuions une quelconque opération relevant du Contrat d'Assurance, vous devez nous transmettre par un écrit signé et daté vos instructions de manière claire et complète et, le cas échéant, les instructions de paiement adéquates concernant l'opération.

3.2. Notifications

Nous vous enverrons toute notification faite dans le cadre de ce Contrat d'Assurance par écrit à l'adresse postale ou par courrier électronique à l'adresse mentionnée dans la Confirmation d'Assurance ou modifiée ultérieurement par écrit à notre attention.

Les notifications que vous souhaitez nous communiquer dans le cadre de ce Contrat d'Assurance doivent être sous forme écrite et nous être envoyées à ACM Belgium Life SA, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles. Nous traiterons votre notification dès que pratiquement possible après la réception de celle-ci suite à votre envoi.

Toute notification entre parties est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

3.3. Paiements et taxes

Tout montant sera calculé, et toutes les primes et prestations seront payées, dans la monnaie nationale ayant cours en Belgique au moment du paiement.

Les taxes, impôts ou frais (en ce compris notamment, l'impôt dû sur les primes) actuels ou futurs imposés par la législation qui sont ou seraient notamment applicables à ce Contrat d'Assurance ou à tout paiement que nous effectuons dans le cadre de ce Contrat d'Assurance, sont supportés par vous ou le(s) Bénéficiaire(s) de nos prestations.

Nous nous conformerons à toutes nos obligations légales et réglementaires et il se peut que, dans ce cadre, nous ayons à effectuer des déclarations auprès des autorités concernant notamment ce Contrat d'Assurance et son exécution.

Dans l'hypothèse où vous refuseriez de participer aux requêtes et demandes d'information que nous pourrions vous adresser afin de nous permettre de nous conformer à toutes nos obligations légales et réglementaires, nous nous réservons le droit de suspendre les couvertures du Contrat d'Assurance 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée, avec copie au Prêteur.

3.4. Recours

De manière générale, nous nous réservons le droit d'exercer un recours contre vous pour toutes les prestations que nous pourrions verser de manière indue.

3.5. Droit applicable et tribunaux compétents

Le Contrat d'Assurance est soumis et interprété conformément à la législation belge. Tout litige concernant le Contrat d'Assurance sera soumis à la juridiction exclusive des cours et tribunaux belges.

3.6. Plaintes

Vous pouvez communiquer vos plaintes par écrit à ACM Belgium Life SA, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles ou à l'adresse email complaints-life@acm.be.

Les plaintes seront étudiées par le responsable de la gestion des plaintes auprès d'ACM Belgium Life SA. Celui-ci analyse la réclamation et concerte, le cas échéant, le(s) service(s) concerné(s) d'ACM Belgium Life SA. ou autres personnes impliquées afin de pouvoir fournir une réponse équitable à votre réclamation.

Lorsque la réponse apportée par nous à votre réclamation ne vous satisfait toujours pas, vous pouvez encore vous adresser à l'organe de médiation spécifique au secteur des assurances, à savoir le Service Ombudsman Assurance, situé au 35 Square de Meeus à 1000 Bruxelles (info@ombudsman-insurance.be), sans préjudice de la possibilité que vous avez d'introduire des poursuites judiciaires.

3.7. Autorités de contrôle

ACM Belgium Life SA est une entreprise d'assurance supervisée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) (Boulevard de Berlaimont 14 à 1000 Bruxelles) et l'Autorité des Services et Marchés Financiers (FSMA) (Rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles). Cette dernière supervise également les intermédiaires d'assurances auxquels ACM Belgium Life SA pourrait avoir recours.

Assurance Principale Décès

1. Définitions propres à l'Assurance Principale Décès

« Bénéficiaire(s) du Capital Décès » signifie la ou les personne(s) que vous avez désignée(s) dans la Confirmation d'Assurance pour recevoir le Capital Décès.

« Capital Décès » signifie le montant de notre intervention si vous venez à décéder, conformément au tableau dans la rubrique « capitaux assurés - garantie principale décès » de la Confirmation d'Assurance.

2. Admissibilité

Vous pouvez souscrire au Contrat d'Assurance si vous n'avez pas atteint l'âge de 70 ans le jour où vous signez et datez la Demande de Souscription et à condition que vous ne dépassiez pas l'âge de 75 ans au terme du Contrat d'Assurance.

3. Portée de notre intervention

3.1. Conditions de notre intervention

Dans le cadre de l'Assurance Principale Décès, nous intervenons si vous décédez avant l'échéance du Contrat d'Assurance. La durée et l'échéance du Contrat d'Assurance sont indiquées dans la Confirmation d'Assurance. Votre survie à l'échéance du Contrat d'Assurance met fin à celle-ci de plein droit, sans qu'aucune prestation de notre part ne soit exigible.

Si vous venez à décéder avant l'échéance du Contrat d'Assurance, nous verserons le Capital Décès au Prêteur à concurrence du solde restant dû du Contrat de Prêt, tel que déterminé par le Prêteur et dans les limites des montants assurés, et, en cas de surplus éventuel, au(x) Bénéficiaire(s) du Capital Décès.

Afin de nous permettre de procéder à l'évaluation du dossier de sinistre, nous devons recevoir les documents suivants : 1) une copie certifiée d'un acte de décès ou tout autre document équivalent ; 2) un certificat médical rédigé sur le formulaire type que nous fournissons, sur lequel est mentionnée la cause du décès, à établir par votre médecin traitant ; 3) le cas échéant, un justificatif de l'identité du Bénéficiaire du Capital Décès et 4) tout autre document qui nous est nécessaire pour pouvoir verser le Capital Décès.

3.2. Montant de notre intervention

Le montant du Capital Décès est déterminé, à la date du décès, conformément à la rubrique « capitaux assurés » de la Confirmation d'Assurance.

Si, au moment de votre décès ou pendant la durée du Contrat d'Assurance, il s'avère que vous avez mentionné un âge erroné au moment de la conclusion du Contrat d'Assurance, le Capital Décès sera alors réduit ou augmenté proportionnellement à la prime contractuelle par rapport à la prime correspondant à l'âge réel. S'il est constaté que vous aviez dépassé l'âge de 70 ans le jour où vous signez et datez la Demande de Souscription, le Contrat d'Assurance sera annulé et la prime remboursée sans intérêts.

4. Exclusions

Si votre décès survient à la suite d'une des circonstances décrites ci-dessous, le Capital Décès sera limité à la valeur de rachat théorique (s'il y en a une), calculée au jour du décès :

- le décès par suicide au cours de la première année suivant la Date d'entrée en vigueur ou, si applicable, la date du dernier avenant confirmant la remise en vigueur ou l'augmentation et/ou la prolongation du Contrat d'Assurance ;
- le décès provoqué par le fait intentionnel ou la faute lourde de votre part ou de la part du Preneur d'Assurance (si différent de l'Assuré) ;
- le décès résultant d'un accident d'avion, sauf si vous étiez un passager payant d'une ligne régulière de navigation aérienne ;
- le décès résultant de la mise en exécution de la peine de mort suite à une condamnation judiciaire ;
- le décès résultant immédiatement et directement d'un crime ou d'un délit commis volontairement par vous en tant qu'auteur ou co-auteur et dont vous pouviez prévoir les conséquences ;

- le décès survenu durant les deux premières années suivant la Date d'entrée en vigueur et résultant d'un accident survenu ou d'une maladie existante ou survenue dans une période de deux ans précédant la Date d'entrée en vigueur ;
- le décès par suite d'émeutes, de troubles sociaux et de violence collective de nature politique, idéologique ou sociale, que cela soit en lien ou non avec une révolte contre le gouvernement ou contre un pouvoir établi quel qu'il soit, si vous y avez participé de façon volontaire et active. A l'inverse, le décès par suite de terrorisme est bien couvert, dans les limites du champ d'application de la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, à moins que vous y avez participé de façon volontaire et active ;
- le décès survenant dans le cadre d'un conflit armé, c'est-à-dire un événement qui est la conséquence directe ou indirecte d'une action offensive ou défensive d'un pouvoir en guerre ou de tout autre événement de nature militaire quel qu'il soit, que ce soit en Belgique ou à l'étranger (le 'risque de guerre'). Toutefois, si vous vous rendez dans un pays où il y a un conflit armé, vous pouvez obtenir la couverture du risque de guerre moyennant notre accord préalable dans un avenant au Contrat d'Assurance et le paiement éventuel d'une surprime ;
- le décès résultant de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de l'usage abusif de médicaments ou de l'influence de stupéfiants ou autres drogues ;
- le décès résultant de, ou à l'instigation, d'actes téméraires, de paris, de défis ou d'exhibitions quelconques ;
- le décès causé par ou résultant de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ou résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
- le décès résultant de la pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ;
- le décès résultant de l'utilisation, comme conducteur ou passager, d'un véhicule motorisé lors de la participation ou préparation à une épreuve sportive, à une compétition ou à des essais ou de démonstrations à bord d'un tel véhicule quelconque ;
- le décès résultant de la pratique de sports considérés comme dangereux, tels que : le bobsleigh, le skeleton, le hockey sur glace, les sauts à ski, le ski hors-piste, les sauts « Benji », les sports de combats (autres que le judo et l'escrime), la spéléologie, l'archéologie, la plongée sous-marine, l'alpinisme, l'escalade, le parachutisme, l'aéronautisme sous toutes ses formes, l'équitation, le rugby, le polo à cheval, le vol à voile, la chasse aux animaux sauvages ou gros gibier, les courses cyclistes, le jet ski, le power boot ou d'autres sports dont la pratique entraîne des risques comparables ;
- le décès résultant des risques suivants propres aux activités professionnelles de l'Assuré : fabrication, utilisation ou traitement d'explosifs ou inflammables, fabrication ou utilisation de produits chimiques corrosifs et/ou toxiques, fabrication d'insecticides, aviation (personnel navigant), transporteur d'explosifs, travaux en hauteur de plus de 4 mètres, descentes dans les puits, mines ou carrières en galeries, travaux aux installations électriques à haute tension, manipulation d'engins et produits explosifs et/ou corrosifs, services de sécurité et de protection qui supposent l'utilisation d'armes de défense et travaux sous eau ou d'autres professions dont la pratique entraîne des risques comparables.

Si votre décès a été provoqué par le fait intentionnel d'un ou plusieurs des Bénéficiaire(s) du Capital Décès ou, le cas échéant, des co-emprunteurs ou garant(s) du Contrat de Prêt, ce ou ces derniers seront exclus de toutes prestations.

Assurance Complémentaire Incapacité de Travail

Cette Assurance Complémentaire Incapacité de Travail est uniquement d'application si elle est prévue dans la Confirmation d'Assurance ou dans l'avenant le plus récent ayant modifié celle-ci. Les Conditions Générales de l'Assurance Principale Décès sont applicables à l'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail dans la mesure où les clauses qui sont propres à cette Assurance Complémentaire n'y dérogent pas.

1. Définitions propres à l'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail

« *Incapacité de travail totale* » signifie la situation dans laquelle, sur base de rapports médicaux objectifs, vous ne pouvez d'aucune façon exercer votre profession, que vous ne l'exercez pas dans les faits, et que vous ne pouvez exercer aucune autre occupation lucrative. Pour les besoins du présent Contrat d'Assurance, une incapacité de travail d'au moins 67% est assimilée à une Incapacité de travail totale.

« *Mensualités* » signifie les mensualités assurées conformément à la rubrique « Capitaux assurés - Garantie Incapacité de travail » de la Confirmation d'Assurance.

« *Délai de carence* » signifie la période durant laquelle nous ne vous devons aucune prestation en cas de sinistre. Le délai de carence est une période de 60 jours consécutifs à partir de la date à laquelle le début de l'Incapacité de travail totale a été médicalement établi.

2. Admissibilité

Vous pouvez souscrire à l'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail si vous n'avez pas atteint l'âge de 65 ans au terme du Contrat d'Assurance.

L'admissibilité à l'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail peut être limitée en fonction du montant des Mensualités du Contrat de Prêt.

L'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail ne peut être souscrite qu'en combinaison avec l'Assurance principale « Décès » du même Contrat d'Assurance.

3. Portée de notre intervention

3.1. Conditions de notre intervention

Dans le cadre de l'Assurance Complémentaire Incapacité de travail, nous intervenons si vous vous trouvez dans une situation d'Incapacité de travail totale suite à une maladie ou à un accident durant la période de validité de la couverture et pour autant que l'Incapacité de travail totale dure au moins 60 jours consécutifs à partir de la date à laquelle le début de l'Incapacité de travail totale a été médicalement établi et que vous êtes toujours en Incapacité de travail totale à cette date.

Aucun montant n'est dû par nous pour les 60 premiers jours d'Incapacité de travail totale. Ce Délai de carence sera pris en considération lors de chaque nouvelle Incapacité de travail totale.

Si les conditions d'intervention sont remplies et pour autant que vous et vos ayants-droits ayez respecté l'ensemble de vos obligations selon le présent Contrat d'Assurance, nous payerons les Mensualités assurées au Prêteur, après observation du Délai de carence, à la date d'échéance conformément à la rubrique « capitaux assurés » de votre Confirmation d'Assurance.

Afin de nous permettre de procéder à l'évaluation de votre dossier de sinistre, vous devez nous informer par une notification que vous êtes en Incapacité de travail totale, au plus tard dans un délai de 90 jours à partir de la date à laquelle le début de l'Incapacité de travail totale a été médicalement établi. Après ce délai, il sera considéré que l'Incapacité de travail totale a pris cours le jour de la notification, et le Délai de carence ne sera pas pris en considération.

Dans le cas où vous bénéficiez d'indemnités de l'ONSS, les documents suivants doivent nous être remis dès réception :

- La preuve que vous êtes considéré par l'ONSS (INAMI) comme étant en incapacité de travail totale (permanente ou temporaire) ;
- Les calculs de l'ONSS desquels il apparaît que vous bénéficiez du droit à l'indemnité d'incapacité de travail totale.

Sans préjudice des autres conditions d'intervention, nous nous engageons à considérer les documents standards officiels de l'ONSS si vous êtes affilié à cet organisme. Si vous n'êtes pas affilié à l'ONSS, nous nous réservons le droit de demander des preuves supplémentaires et éventuellement de vous soumettre à un examen médical auprès de notre

médecin conseil et à nos frais. Le médecin examinateur déterminera avec vous la date de l'examen de contrôle, qui pourra se dérouler en présence de votre médecin traitant (à vos frais).

En toute hypothèse, vous vous engagez à ce que votre médecin traitant remette, à vos frais, un certificat médical à notre médecin-conseil, où seront mentionnés la (les) cause(s), la nature, le degré, le début et la durée probable de l'Incapacité de travail totale sur un formulaire fourni par nos soins. La fin anticipée de votre Incapacité totale de travail doit nous être communiquée dans les dix jours de la date à laquelle la fin de l'Incapacité de travail totale a été établie. Toute prolongation de l'Incapacité totale de travail doit être documentée par un certificat médical et une attestation de l'ONSS envoyés à notre médecin-conseil avant chaque échéance de mensualité de remboursement du Contrat de Prêt pendant toute la durée de l'Incapacité totale de travail. Sans preuve de prolongation et après un délai de 2 mois, il sera considéré que vous avez repris vos activités professionnelles.

Par la signature de la Demande de Souscription, vous autorisez votre médecin traitant à communiquer à nos médecins-conseil toutes les informations dont il dispose sur votre état de santé.

Les mesures indispensables devront être prises pour que nos représentants puissent entrer en contact avec vous, que vous puissiez être consulté à tout moment et dans un délai raisonnable par les médecins, et que nous puissions remplir toutes les missions que nous jugeons nécessaires.

Si vous résidez en dehors du territoire belge, les prestations sont dues si les contrôles, tels que ci-avant mentionnés, peuvent être effectués, sans frais ou difficultés extraordinaires.

Si vous transgressez la présente disposition ou en cas de fraude ou tentative de fraude de votre part, nous nous verrons contraints de révoquer le droit à la prestation et nous nous réservons le droit de vous demander le remboursement de toutes les sommes indûment payées par nous, sauf s'il est établi que le non-respect de cette disposition est dû à un cas de force majeure ou qu'il ne nous a pas causé de préjudice, hormis toute intention frauduleuse.

3.2. Montant de notre intervention

Le montant des Mensualités assurées est déterminé dans la rubrique « capitaux assurés - garantie Incapacité de travail » de la Confirmation d'Assurance.

3.3. Fin de notre intervention

Le paiement des Mensualités assurées prendra fin dès que votre incapacité de travail n'est plus totale, et, en tout cas, lorsque l'Assurance Principale Décès prend fin.

L'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail cesse automatiquement lorsque vous cessez d'exercer des activités professionnelles ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

4. Exclusions

Nous ne verserons pas les Mensualités assurées si l'Incapacité de travail totale survient à la suite d'une des circonstances suivantes :

- un risque déjà exclu conformément aux Conditions Générales et Particulières de l'Assurance Principale Décès (le terme « Décès » étant remplacé par « Incapacité de Travail totale ») ;
- le fait intentionnel d'un ou plusieurs des co-emprunteurs ou garants du Contrat de Prêt (si d'application) ;
- lorsque l'Incapacité de travail totale s'est produite suite à une maladie ou un accident, que votre responsabilité soit engagée ou non, à l'occasion :
  - d'une activité sportive rémunérée indépendamment de la nature de la rémunération;
  - d'une tentative de suicide ;
  - d'une bagarre, sauf en cas de légitime défense ;
  - d'une blessure provoquée ou recherchée par vous-même, à l'exception des tentatives de sauvetage de personnes, animaux et biens ;
  - de l'utilisation comme conducteur ou passager d'un véhicule motorisé à 2 ou 3 roues, à l'exclusion des cyclomoteurs du type « A » ;
  - de facteurs qui ne peuvent être vérifiés lors d'un examen médical ou qui sont liés à une affection nerveuse ou psychique ne présentant aucun symptôme objectif qui peut rendre le diagnostic incontestable, ainsi que d'affections et de complications psychiatriques ;
  - d'une grossesse;
  - d'une maladie vénérienne ;
  - d'une catastrophe naturelle ;

- d’une maladie, d’un accident ou d’une incapacité de travail qui existait déjà avant ou au moment de la souscription du présent Contrat d’Assurance et dont vous aviez connaissance à la souscription ;
- de soins ou de traitements esthétiques.

Si vous vous opposez à toute demande d’examen de contrôle par notre médecin conseil, nous mettrons immédiatement fin à nos prestations, hormis le cas de force majeure ou lorsque nous n’en subirions aucun préjudice.

Assurance Complémentaire Maladie Grave

Cette Assurance Complémentaire Maladie Grave est uniquement d'application si elle est prévue dans la Confirmation d'Assurance ou dans l'avenant le plus récent ayant modifié celle-ci. Les Conditions Générales de l'Assurance Principale Décès sont applicables à l'Assurance Complémentaire Maladie Grave dans la mesure où les clauses qui sont propres à cette assurance complémentaire n'y dérogent pas.

1. Définitions propres à l'Assurance Complémentaire Maladie Grave

« Capital Maladie Grave » signifie le capital assuré conformément à la rubrique « Capitaux assurés - Garantie Maladie Grave » de la Confirmation d'Assurance, tel que déterminé au jour du diagnostic par un docteur en médecine ou un médecin spécialiste, et diminué de toute somme éventuellement déjà payée dans le cadre de l'Assurance Complémentaire Incapacité de Travail.

« Maladie Grave » signifie une des maladies qui satisfait aux conditions telles que décrites dans la section « Maladies Graves couvertes par la présente Assurance Complémentaire Maladie Grave ».

« *Délai d'attente* » signifie une période de 90 jours à compter de la Date d'entrée en vigueur, telle que mentionnée dans la Confirmation d'Assurance. Aucun montant n'est dû par nous en cas de premier diagnostic d'une Maladie Grave durant ce Délai d'attente.

« *Délai de carence* » signifie la période durant laquelle nous ne vous devons aucune prestation en cas de sinistre. Le délai de carence est une période de 30 jours consécutifs suivant le premier diagnostic par un docteur en médecine ou un médecin spécialiste d'une Maladie Grave vous concernant durant la période de validité de la couverture, après expiration du Délai d'attente.

2. Admissibilité

Vous pouvez souscrire à l'Assurance Complémentaire Maladie Grave si vous n'avez pas atteint l'âge de 70 ans le jour où vous signez et datez la Demande de Souscription et à condition que vous ne dépassiez pas l'âge de 75 ans au terme du Contrat d'Assurance.

L'Assurance Complémentaire Maladie Grave ne peut être souscrite qu'en combinaison avec l'Assurance principale « Décès » du même Contrat d'Assurance.

3. Portée de notre intervention

3.1. Maladies Graves couvertes par la présente Assurance Complémentaire Maladie Grave

Dans le cadre de la présente Assurance Complémentaire Maladie Grave, seront seules considérées comme « Maladie Grave » susceptibles d'entraîner notre intervention, les maladies décrites ci-dessous, sous réserve du respect des conditions s'y rapportant :

1. Opération de l'Aorte par pontage : subir une chirurgie médicale de l'Aorte nécessitant l'ouverture et le remplacement chirurgical d'une portion d'Aorte malade par un pontage. Pour cette définition, l'« Aorte » comprend l'aorte thoracique ou abdominale, mais pas ses branches.

2. Cancer : toute tumeur maligne caractérisée par la prolifération et l'excroissance non contrôlée de cellules malignes et de tissus invasifs. Le terme « Cancer » inclut la leucémie et la maladie de Hodgkin mais exclut les maladies suivantes :

a. toute tumeur décrite antérieurement comme pré-maligne, comme non invasive ou comme cancer *in situ* ;

b. toute tumeur de la prostate sauf si classée antérieurement comme ayant un score de Gleason plus grand que 6 ou comme ayant une progression classée au moins TNM dans la classification T2NOMO ;

c. toute forme de lymphome en présence du SIDA ;

d. Sarcome de Kaposi en présence du SIDA ;

e. tout cancer de la peau autre que mélanome malin invasif.

3. Opération de l'artère coronaire par pontage : subir une opération à cœur ouvert sur recommandation d'un spécialiste cardiologue pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou plusieurs artères coronaires par pontage coronaire, à l'exclusion de dilatation angioplastique, de dilatation laser ou de tout autre procédé de dilatation.

4. Attaque cardiaque : la mort d'une portion de muscle cardiaque due à un apport sanguin inadéquat, résultant de toutes les preuves d'infarctus myocardique aigu :

a. douleur caractéristique de la poitrine ;

b. nouveau changement électro cardiographique caractérisé ;

c. l'augmentation caractérisée d'enzymes cardiaques, troponine ou autres marqueurs biochimiques cardiaques ;

Les autres syndromes ne sont pas couverts.

5. Remplacement ou la réparation de valve cardiaque : subir une opération chirurgicale à cœur ouvert nécessaire médicalement pour remplacer ou réparer une ou plusieurs valvules cardiaques.

6. Déficience rénale : stage terminal d'insuffisance rénale présentant comme chronique et irréversible la déficience de fonctionnement des deux reins, résultant dans la nécessité de dialyses rénales régulières ou de transplantation rénale.

7. Perte d'un membre : ablation permanente physique d'un ou plusieurs membres au-dessus du coude ou du genou.

8. Transplantation d'organe majeur : subir effectivement comme receveur ou s'inscrire sur la liste officielle d'attente de dons dans l'attente d'une transplantation de cœur, de foie, de poumon, de pancréas ou de moelle épinière.

9. Maladie des neurones moteurs : confirmation de diagnostic définitif par un spécialiste neurologue de l'une des paralysies suivantes : paraplégie, tétraplégie ou hémiplégie.

10. Sclérose en plaques : diagnostic définitif de sclérose en plaque par un spécialiste neurologue satisfaisant les critères suivants :

a. il doit y avoir déficience constatée des systèmes moteurs et sensitifs ayant persisté de manière continue durant une période de 6 mois minimum ;

b. le diagnostic doit être confirmé par un diagnostic technique constaté au moment du sinistre.

11. Maladie de Parkinson : confirmation par un spécialiste neurologue du diagnostic définitif de la maladie de Parkinson. La maladie de Parkinson découlant de l'utilisation d'alcool ou de drogues n'est pas couverte.

12. AVC : Accident Vasculaire Cérébral ayant pour résultat un dommage neurologique permanent. Les attaques « Transient Ischaemic » sont explicitement exclues.

3.2. Conditions de notre intervention

Dans le cadre de l'Assurance Complémentaire Maladie Grave, nous intervenons si le premier diagnostic par un docteur en médecine ou un médecin spécialiste d'une Maladie Grave vous concernant est posé durant la période de validité de la couverture, après expiration du Délai d'attente, et sous condition de votre survie dans le Délai de carence.

Aucun montant n'est dû en cas de premier diagnostic d'une Maladie Grave durant le Délai d'attente.

Si les conditions d'intervention sont remplies et pour autant que vous et vos ayants-droits ayez respecté l'ensemble de vos obligations selon le présent Contrat d'Assurance, nous verserons le Capital Maladie Grave au Prêteur à concurrence du solde restant dû assuré du Contrat de Prêt (tel que déterminé par le Prêteur et dans les limites des montants assurés) et tout surplus éventuel vous sera versé.

Afin de nous permettre de procéder à l'évaluation de votre dossier de sinistre, vous devez nous informer par une notification qu'une Maladie Grave a été constatée, au plus tard dans un délai de 90 jours après le diagnostic. Après ce délai, il sera considéré que la Maladie Grave a pris cours le jour de la notification, et le délai de carence ne sera pas pris en considération.

La déclaration sera accompagnée d'un certificat médical établi par votre médecin traitant à vos frais, où sera mentionné le diagnostic de la Maladie Grave sur un formulaire fourni par nous.

Nous nous réservons également le droit de demander des preuves supplémentaires et éventuellement de vous soumettre à un examen médical auprès de notre médecin conseil et à nos frais. Le médecin examinateur déterminera avec vous la date de l'examen de contrôle, qui pourra se dérouler en présence de votre médecin traitant (à vos frais).

En toute hypothèse, par la signature de la Demande de Souscription, vous autorisez votre médecin traitant à communiquer à nos médecins-conseil toutes les informations pertinentes dont il dispose sur votre état de santé.

Les mesures indispensables devront être prises pour que nos représentants puissent entrer en contact avec vous, que vous puissiez être consulté à tout moment par les médecins, et que nous puissions remplir toutes les missions que nous jugeons nécessaires.

Si vous résidez en dehors du territoire belge, les prestations sont dues si les contrôles, tels que ci-avant mentionnés, peuvent être effectués, sans frais ou difficultés extraordinaires.

Si vous transgressez la présente disposition ou en cas de fraude ou tentative de fraude de votre part, nous nous verrons contraint de révoquer le droit à la prestation et nous nous réservons le droit de vous demander le remboursement de toutes les sommes indûment payées par nous, sauf s'il est établi que le non-respect de cette disposition est dû à un cas de force majeure ou qu'il ne nous a pas causé de préjudice, hormis toute intention frauduleuse.

3.3. Montant de notre intervention

Le montant de notre intervention correspond au Capital Maladie Grave tel que défini ci-dessus.

3.4. Fin de notre intervention

Le Capital Maladie Grave est seulement payable une fois durant la période de couverture. Après le paiement de ce capital, le Contrat d'Assurance prendra fin.

4. Exclusions

Nous ne verserons pas le Capital Maladie Grave dans les circonstances suivantes :

A. En cas de sinistre suite à une Maladie Grave survenue dans les circonstances suivantes :

- lorsqu'une Maladie Grave a été constatée durant le Délai d'attente ;
- lorsqu'une Maladie Grave a été constatée avant la Date d'entrée en vigueur ou est le résultat direct ou indirect d'une condition pour laquelle vous avez déjà reçu un traitement antérieur ou dont vous aviez connaissance avant la Date d'entrée en vigueur ;

B. Si la Maladie Grave a été provoquée par le fait intentionnel ou la faute lourde de votre part, ou à votre instigation ;

C. Si la Maladie Grave a été provoquée par le fait intentionnel d'un ou plusieurs des co-emprunteurs ou garants du Contrat de Prêt (si d'application) ;

D. Un risque déjà exclu conformément aux Conditions Générales et Particulières de l'Assurance Principale Décès (le terme « Décès » étant remplacé par « Maladie Grave ») ;

Si vous vous opposez à toute demande d'examen de contrôle par notre médecin conseil, nous mettrons immédiatement fin à nos prestations, hormis le cas de force majeure ou lorsque nous n'en subirions aucun préjudice.

Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation

Cette Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation est une couverture complémentaire résultant d'une police collective conclue entre ACM Belgium Life SA et ACM Belgium SA et dont vous bénéficiez suite à votre adhésion à la police collective. Cette Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation est uniquement d'application si elle est prévue dans la Confirmation d'Assurance ou dans l'avenant le plus récent ayant modifié celle-ci.

Les Conditions Générales de l'Assurance Principale Décès sont applicables à l'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation dans la mesure où les clauses qui sont propres à cette assurance complémentaire n'y dérogent pas.

1. Définitions propres à l'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation

« *Preneur d'assurance de l'assurance collective* » **:** ACM Belgium Life SA, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles.

« *Assuré* » **:** l'emprunteur ou le garant d'un prêt à tempérament qui répond aux critères de souscription. Seuls les assurés jouissant d'un statut de salarié (ouvrier ou employé) sont assurables. Vous êtes l'Assuré dans le cadre du présent Contrat d'Assurance.

« *Entreprise d'assurance* » **:** ACM Belgium SA, Boulevard du Roi Albert II 2 à 1000 Bruxelles, entreprise d'assurance enregistrée auprès de la BNB sous le n° 964.

« *Chômage complet indemnisé* » **:** la situation dans laquelle se trouve toute personne qui remplit l'ensemble des conditions d'admission et d'octroi des indemnités de chômage et qui perçoit celles-ci mensuellement en Belgique ou à l'étranger, conformément à la législation applicable à ladite situation de chômage. Ne sont pas considérés comme chômage complet, le chômage technique et le chômage économique.

« *Chômage technique* » **:** signifie un événement temporaire et inattendu qui se produit dans l'entreprise, provoquant une interruption du travail et se répercutant sur le fonctionnement des moyens techniques de l'entreprise.

« *Chômage économique* » **:** signifie la situation par laquelle il est impossible de maintenir le rythme de travail existant dans l'entreprise ce qui entraîne le chômage.

« *Hôpital* » **:** un établissement agréé par le Service Public Fédéral belge des affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement ou par une autorité militaire ou étrangère, pour malades et personnes victimes d'un accident, à l'exclusion des préventoriums, des sanatoriums, des établissements pour malades mentaux, des établissements de cure thermale, des maisons de repos et d'autres établissements similaires.

« *Hospitalisation* » **:** hospitalisation pendant au moins 24 heures dans un hôpital agréé par la loi. Lorsque l'hospitalisation est reconnue comme forfait maxi ou forfait super, ces hospitalisations peuvent également prétendre à une indemnité, même si la durée en devait être inférieure à 24 heures.

« *Délai d'attente* » **:** le délai d'attente est fixé à la première période de 90 jours à compter de la date d'entrée en vigueur de la police individuelle. Aucune intervention de l'entreprise d'assurance n'est prévue pour les sinistres qui débutent durant cette période. En cas de licenciement collectif, de faillite ou d'insolvabilité de l'employeur, ce délai d'attente est automatiquement porté à neuf mois.
Ce délai d'attente ne s'applique pas dans le cadre d'hospitalisations.

« *Délai de carence* » **:** la période durant laquelle aucune prestation en cas de sinistre n'est due par l'entreprise d'assurance, et ce après l'expiration du délai d'attente mentionné ci-dessus. En cas de chômage, le délai de carence prend cours le premier jour du mois qui suit la notification écrite du licenciement à l'assuré et prend fin au plus tôt à la fin de la période couverte par l'indemnité de licenciement ou à la fin du préavis. En tout cas, le délai de carence dure au moins trois mois. En cas d'hospitalisation, celui-ci s'élève à 14 jours à compter du jour qui suit l'hospitalisation, cela signifie que toute hospitalisation de moins de 15 jours ne donne droit à aucune indemnité.

2. Admissibilité

Vous pouvez souscrire à l'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation si vous n'avez pas atteint l'âge de 65 ans au terme du Contrat d'Assurance.

La possibilité de souscrire cette Assurance Complémentaire est réservée aux personnes travaillant comme salarié, à titre d'activité principale, auprès du même employeur, et ce depuis au moins douze mois sans interruption. Vous ne pouvez pas être démissionnaire, ni licencié, ni bénéficiaire d'une indemnité de chômage quelconque, vous ne pouvez

pas avoir quitté l'entreprise pour cause de mise à la retraite et de mise à la prépension.
Les personnes qui bénéficient d'une indemnité de chômage partielle à la date de la souscription ne peuvent prétendre à l'acceptation.

L'admissibilité à l'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation peut être limitée en fonction du montant des Mensualités du Contrat de Prêt.

L'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation ne peut être souscrite qu'en combinaison avec l'Assurance principale « Décès » et l'Assurance Complémentaire « Incapacité de travail totale » du même Contrat d'Assurance.

3. Portée de l'intervention

3.1. Conditions et montants de l'intervention

Les garanties en cas de licenciement et en cas d'hospitalisation ne sont pas cumulables.

3.1.1. Chômage

Si vous êtes licencié pour des raisons indépendantes de votre volonté, et après expiration du Délai d'attente, l'entreprise d'assurance garantira, après observation du Délai de carence, la mensualité assurée pendant maximum 12 mois par sinistre, payable aux dates normales prévues par le Contrat de Prêt, durant la période au cours de laquelle vous percevez une indemnité de chômage complète et pour autant que vous soyez effectivement chômeur complet indemnisé aux dates susmentionnées.

Nous n'intervenons donc pas si vous êtes licencié suite à une faute grave de votre part. En cas de contestation et de naissance d'un litige, le sinistre ne sera réglé que lorsqu'un jugement définitif aura été prononcé pour ce litige par le tribunal. Il y a faute grave lorsque le motif du licenciement est une faute grave, sauf si le tribunal en juge autrement.

Pour avoir droit, en cas de nouveau sinistre, à des indemnités, vous devez à nouveau avoir travaillé comme salarié (ouvrier ou employé), à titre principal, auprès du même employeur, pendant une période minimale de 12 mois sans interruption, ne pas être démissionnaire, ne pas avoir quitté l'entreprise par suite de mise à la retraite ni être en cours de mise à la retraite anticipée ou d'indemnisation pour inaptitude à l'emploi.

3.1.2. Hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé, l'entreprise d'assurance vous versera, après expiration du Délai de carence, une indemnité journalière d'un montant de € 7,00, payable à la fin de l'hospitalisation. L'intervention est acquise à partir du jour qui suit l'hospitalisation aussi longtemps que vous séjournez à l'hôpital, avec un maximum absolu de deux mois.

Si vous rechutez et vous devez être à nouveau hospitalisé dans une période de six mois, le Délai de carence ne s'appliquera plus, sauf si cette hospitalisation ne devait pas être la conséquence du même accident ou de la même maladie.

3.2. Déclaration du sinistre

Vous devez déclarer tout sinistre auprès d'ACM Belgium Life SA Les indemnités sont payables mensuellement après réception des documents décrits ci-dessous.

3.2.1. Chômage

Vous devez déclarer tout sinistre dans une période de trente jours, à compter du jour de l'inscription comme demandeur d'emploi. Les documents suivants doivent être joints à la déclaration :

- une copie du formulaire C4 (ou tout autre document de nature similaire selon la législation applicable) délivré par l'employeur ;
- une attestation originale rédigée par le bureau régional de l'ONEM ou par l'organisme qui paie l'indemnité de chômage, confirmant que vous répondez aux conditions d'admission et d'octroi en tant que chômeur complet indemnisé et avec mention du premier jour d'indemnité ;
- une copie de l'extrait de compte ou de l'assignation postale avec mention du montant de l'indemnité versée et du nombre de jours pris en considération ;
- une copie du contrat de travail qui était en vigueur au moment de la souscription du Contrat d'Assurance ou la preuve qu'il travaillait comme le prévoient les critères de souscription.

3.2.2. Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, vous devez faire parvenir la preuve de votre admission à l'hôpital dans un délai de 30 jours à compter de la date de début de l'hospitalisation. Cette attestation doit indiquer clairement la date et l'heure d'admission et de sortie.

3.3. Enquête

L'entreprise d'assurance se réserve le droit de procéder à toute enquête éventuelle avant de procéder au versement de l'indemnité.

Toute fraude ou tentative de fraude de votre part peut entraîner des sanctions, conformément à la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, et ce pour autant qu'elle soit en relation causale avec le sinistre.

3.4. Fin de l'intervention

Le paiement des versements prendra fin dans les circonstances suivantes :

- soit le jour qui coïncide avec le jour où vous reprenez le travail ;
- soit le jour qui coïncide avec le jour où le paiement de l'indemnité de chômage cesse, pour n'importe quel motif, ou en cas de perte des indemnités de chômage en tant que chômeur complet indemnisé ;
- soit le jour qui coïncide avec le jour de votre mise à la retraite ou de votre pension anticipée ;
- soit en cas de cessation de l'hospitalisation ;
- soit à la première échéance annuelle suivant l'amortissement complet du crédit ;
- soit après une intervention maximale de 12 mois par sinistre en cas de chômage ou de deux mois par sinistre en cas d'hospitalisation.

L'Assurance Complémentaire Chômage et Hospitalisation cesse automatiquement lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans ou lors de votre mise à la retraite ou de votre mise à la retraite anticipée.

4. Exclusions

Les sinistres résultant d'un risque déjà exclu conformément aux Conditions Générales et Particulières de l'Assurance Complémentaire Incapacité de travail sont exclus en cas d'hospitalisation (le terme « Incapacité de Travail totale » étant remplacé par « Hospitalisation »).

Version : 1er décembre 2018.