

Les présentes conditions générales sont délivrées au preneur d'assurance qui est emprunteur en vertu de sa ligne de crédit auprès de Santander Consumer Finance Benelux B.V. et qui souhaite souscrire l'assurance protection de crédit facultative. Sont d'application les conditions d'assurance telles que mentionnées ci-dessous. Le contrat d'assurance comprend les présentes conditions générales et les conditions particulières figurant dans la police (présignée).

POUR OBTENIR LE FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE CONTACTEZ LE SERVICE CLIENTS - TEL : 09 / 235 50 60

ARTICLE 1 : DEFINITIONS

Pour l'interprétation des présentes conditions générales et de la police, on entend par :

- 1.1. **Compagnie :**
 - 1.1.A. Pour les couvertures Incapacité de Travail et Perte d'emploi involontaire : CNP SANTANDER INSURANCE EUROPE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY, entreprise d'assurance de droit irlandais dont le siège social se trouve 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2 en Irlande sous le n° 488062. La compagnie est agréée par et soumise aux contrôle de l'autorité de contrôle irlandaise (Central Bank of Ireland) sous le n° C85775.
 - 1.1.B. **Pour la couverture Décès:** CNP SANTANDER INSURANCE LIFE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY, entreprise d'assurance de droit irlandais dont le siège social se trouve à 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2 immatriculée en Irlande sous le n° 488063. La compagnie est agréée par et soumise aux contrôle de l'autorité de contrôle irlandaise (Central Bank of Ireland) sous le n° C85771.
- 1.2. **Intermédiaire (agent d'assurance lié) :**
SANTANDER CONSUMER FINANCE BENELUX B.V. :
Prêteur et intermédiaire d'assurance ayant son siège social situé aux Pays-Bas, Winthontaan 171, 3526 KV Utrecht, inscrit sous le numéro 30076284 auprès de la Chambre de Commerce d'Utrecht. Santander Consumer Finance Benelux B.V. est inscrite auprès de l'Autorité des marchés financiers néerlandaise (Autoriteit Financiële Markten) sous le n° AFM 12011170. En tant que prêteur et intermédiaire d'assurance (lié), Santander Consumer Finance Benelux B.V. est autorisée à exercer ses activités par voie de succursale en Belgique. Sa succursale belge est située à 9820 Merelbeke, Guldensporenpark 81 et inscrite à la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro 0445.641.853 et auprès de l'Autorité des Services et Marchés Financiers belge (ASMF) en tant que prêteur et en tant qu'intermédiaire d'assurance (sous le numéro 5861). Elle est soumise au contrôle de l'Autoriteit Financiële Markten et, pour ses activités en Belgique, au contrôle de l'ASMF.
- 1.3. **Bénéficiaire :**
La personne désignée pour recevoir les prestations d'assurance, à savoir Santander Consumer Finance Benelux B.V.
- 1.4. **Assuré :**
L'assuré est la personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.
Au moment de la souscription de l'assurance, l'assuré doit, sous peine de déchéance :
 - 1.4.A. **Pour la couverture Décès :**
 - 1.4.A.1. Pendant les 24 derniers mois, ne pas avoir fait l'objet d'un traitement ou d'un examen par un médecin spécialiste pour une maladie, pathologie ou lésion (si c'est le cas, voir clause 4.A.7), être en bonne santé et à l'épreuve des exigences propres à sa profession et son style de vie ;
 - 1.4.A.2. Avoir 18 ans ou plus et ne pas avoir atteint l'âge de 70 ans.
 - 1.4.B. **Pour la couverture Incapacité de travail :**
 - 1.4.B.1. Exercer une profession ;
 - 1.4.B.2. Pendant les 24 derniers mois, ne pas avoir fait l'objet d'un traitement ou d'un examen par un médecin spécialiste pour une maladie, pathologie ou lésion (si c'est le cas, voir clause 4.A.7), être en bonne santé et à l'épreuve des exigences propres à sa profession et son style de vie ;
 - 1.4.B.3. Avoir 18 ans ou plus et ne pas avoir atteint l'âge de 65 ans.
 - 1.4.C. **Pour la couverture Perte d'emploi involontaire :**
 - 1.4.C.1. Exercer sa profession sur base d'un contrat de travail ou en fonction publique (contrats à durée indéterminée) en Belgique pour au moins 16 heures par semaine et l'avoir exercé également pendant une période ininterrompue de 90 jours précédant directement la prise d'effet du contrat d'assurance ;
 - 1.4.C.2. Etre en bonne santé et à l'épreuve des exigences propres à sa profession et son style de vie ;
 - 1.4.C.3. Avoir 18 ans ou plus et ne pas avoir atteint l'âge de 65 ans ;
- 1.5. **Incapacité de travail :**
La réduction de ses capacités de gagner sa vie, résultant directement et exclusivement des conséquences constatées médicalement d'un accident ou d'une maladie, d'au moins 67 % de ce qu'une personne de la même catégorie et éducation peut gagner en exerçant un métier de la même catégorie que celui exercé par l'assuré avant l'incapacité de travail ou qui, tenant compte de sa formation, peuvent raisonnablement être attendues de lui.

- 1.6. **Perte d'emploi involontaire :**
La perte involontaire pour cause indépendante de la volonté de l'assuré de la totalité de l'emploi exercé sur base d'un contrat de travail ou fonction publique tel que défini à l'article 1.4.C.1. ci-avant, lorsque l'assuré n'était pas en incapacité de travail à la prise d'effet de la perte d'emploi, et ouvrant le droit de l'assuré au paiement d'allocations de perte d'emploi ou d'allocations d'attente.
- 1.7. **Accident :**
Un événement soudain et imprévu qui produit directement une lésion corporelle ou le décès et dont la cause est extérieure à l'organisme de l'assuré
Ne sont pas considérés comme accidents: les maladies et leurs conséquences, les apoplexies et les attaques d'épilepsie ou épileptiformes et défaillance cardiaque, quelle qu'en soit la cause, ainsi que les lésions corporelles qui en résultent, les conséquences d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un accident.
- 1.8. **Maladie :**
Toute altération de la santé de l'assuré, d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et organiques et reconnue, en tant que maladie en droit belge, par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de l'établissement du diagnostic. Dans ce dernier cas et au besoin, la compagnie se réserve la faculté de demander une contre-expertise par un médecin belge de son choix.

ARTICLE 2 : OBJET ET ETENDUE DE LA COUVERTURE

- A. **INCAPACITE DE TRAVAIL**
Cette couverture est soumise aux conditions suivantes
 - le preneur d'assurance répond aux critères d'admissibilité ;
 - cette couverture est indiquée pour le preneur d'assurance sur la police ;
 - le preneur d'assurance a signé la police ; et
 - le preneur d'assurance a payé la première prime correspondante.
- 2.A.1. La couverture Incapacité de travail ne peut jamais être souscrite séparément. La couverture Incapacité de travail ne peut être souscrite qu'en combinaison avec la couverture Décès.
- 2.A.2. En cas d'incapacité de travail de l'assuré comme décrit à l'article 1.5 ci-avant, l'assurance prévoit une prestation pour l'assuré, égale à l'amortissement mensuellement dû de la ligne de crédit, tel que mentionné dans la ligne de crédit entre Santander Consumer Finance Benelux B.V. et le preneur d'assurance et tel que d'application au moment du début de l'incapacité du travail.
- 2.A.3. Le droit à la prestation prend cours après une première période ininterrompu d'incapacité de travail de 15 jours (délai de carence), avec effet rétroactif au premier jour d'incapacité de travail. Le droit à la prestation est prolongé par périodes d'un mois supplémentaire d'incapacité de travail ininterrompu.
- 2.A.4. La prestation mensuelle maximum s'élève à 1.000 EUR.
- 2.A.5. La prestation mensuelle sera payée, en cas d'incapacité de travail continue, jusqu'à ce que le solde dû de la ligne de crédit au début de l'incapacité de travail soit totalement amorti.
- 2.A.6. Toute reprise d'une activité rémunérée par le preneur d'assurance met fin aux prestations. En outre, la présente couverture prend fin dans les conditions stipulées à l'article 5.
- 2.A.7. Au cas où l'incapacité temporaire semblerait être de nature permanente et après paiement de 60 mensualités par la compagnie, le preneur d'assurance peut demander à la compagnie de passer au versement intégral du solde restant dû de la ligne de crédit.
La compagnie ne pourra refuser cette demande que si elle apporte suffisamment d'éléments démontrant que l'assuré n'est pas en invalidité permanente. Dans ces mêmes conditions, la compagnie peut unilatéralement décider de passer au versement intégral du solde restant dû de la ligne de crédit.
- 2.A.8. Le solde de la ligne de crédit sera alloué à l'exception des paiements arriérés et des intérêts moratoires, des amendes et indemnités convenues et des frais des lettres de rappel et des mises en demeure afférents à la ligne de crédit.
- B. **DECES**
Cette couverture est soumise aux conditions suivantes :
 - le preneur d'assurance répond aux critères d'admissibilité, conformément aux dispositions de l'article 1.4.A. ci-avant ;
 - cette couverture est indiquée pour le preneur d'assurance sur la police ; et
 - le preneur d'assurance a payé la première prime correspondante.

- 2.B.1. La couverture Décès peut être souscrite aussi bien séparément qu'en combinaison avec la couverture Incapacité de travail et Perte d'emploi involontaire.
- 2.B.2. En cas de décès de l'assuré avant l'échéance finale de la ligne de crédit conclu entre le preneur d'assurance et Santander Consumer Finance Benelux B.V., l'assurance prévoit une prestation égale au solde net de la ligne de crédit au moment du décès de l'assuré.
- 2.B.3. Le solde de la ligne de crédit sera alloué à l'exception des paiements arriérés et des intérêts moratoires, des amendes et indemnités convenues et des frais des lettres de rappel et des mises en demeure afférents à la ligne de crédit.
- C. PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE**
- Cette couverture est soumise aux conditions suivantes :
- le preneur d'assurance répond aux critères d'admissibilité ;
 - cette couverture est indiquée pour le preneur d'assurance sur la police ;
 - le preneur d'assurance a signé la police ; et
 - le preneur d'assurance a payé la première prime correspondante.
- 2.C.1. La couverture Perte d'emploi involontaire ne peut jamais être souscrite séparément. La couverture ne peut être souscrite qu'en combinaison avec la couverture Décès et Incapacité de travail.
- 2.C.2. Aucune couverture n'est accordée pour des lignes de crédit accordés pendant des périodes de préavis, pendant des périodes couvertes par une indemnité compensatoire de préavis, au cours d'un contrat à durée déterminée, au cours d'un contrat d'emploi intérimaire ou pendant une période d'incapacité temporaire de travail.
- 2.C.3. En cas de perte d'emploi involontaire de l'assuré comme décrit à l'article 1.6 ci-avant, l'assurance prévoit une prestation pour l'assuré. Cette prestation est égale à l'amortissement mensuellement dû de la ligne de crédit dont le calcul figure dans le contrat de ligne de crédit conclu entre Santander Consumer Finance Benelux B.V. et le preneur d'assurance et tel que d'application au début de la perte d'emploi involontaire.
- 2.C.4. Le droit à la prestation prend cours après une première période ininterrompue de perte d'emploi involontaire total de 30 jours (délai de carence), avec effet rétroactif au premier jour de la perte d'emploi totale involontaire. Le droit à la prestation est prolongé par périodes ininterrompues d'un mois supplémentaire de perte d'emploi totale involontaire, avec un maximum de 12 paiements par la compagnie ou, si ceci se produit en premier, jusqu'à ce que le solde dû de la ligne de crédit existant au début de la perte d'emploi involontaire soit totalement amorti.
- Comme premier jour de la perte d'emploi involontaire sera considéré :
1. le jour suivant le dernier jour de la période de préavis ou de la période couverte par l'indemnité compensatoire de préavis, même si l'assuré est dispensé d'effectuer le préavis ;
 2. le jour où le contrat de travail est résilié par le tribunal en cas de congé donné par l'employé pour motif grave dans le chef de l'employeur.
- 2.C.5. La prestation mensuelle maximum s'élève à 1.000 EUR.
- 2.C.6. Plusieurs périodes de perte d'emploi totale involontaire, interrompues par une période d'emploi de maximum 6 mois, seront considérées comme une seule période de perte d'emploi involontaire.
- Au cas où une première période de perte d'emploi totale involontaire serait suivie d'une période d'emploi conforme aux critères énumérés à l'article 1.4.C.1. ci-avant de plus de 6 mois, l'assuré aura droit à une nouvelle intervention de la compagnie en cas d'une nouvelle période de perte d'emploi totale involontaire de l'assuré.
- Pendant la période d'emploi telle que spécifiée aux paragraphes précédents, aucune prestation n'est due par la compagnie.
- 2.C.7. En cas de perte d'emploi totale involontaire, interrompue par des périodes d'emploi comme mentionnées dans le deuxième paragraphe de l'article 2.C.6. ci-avant, l'intervention maximum de la compagnie est toujours limitée à un maximum de 60 interventions mensuelles, sous réserve de ce qui est stipulé aux articles 2.C.4. et 2.C.5. ci-avant et 2.D.1. ci-après.
- 2.C.8. Le solde de la ligne de crédit sera alloué à l'exception des paiements arriérés et des intérêts moratoires, des amendes et indemnités convenues et des frais des lettres de rappel et des mises en demeure afférents à la ligne de crédit.
- 2.C.9. Il n'y a toutefois pas de couverture quand la perte d'emploi involontaire a commencé pendant les premiers 180 jours suivant la date de prise d'effet du contrat d'assurance. Pour l'application de cette règle de 180 jours, il faut considérer comme premier jour de la perte d'emploi involontaire le jour de la notification ou la communication à l'employé du préavis ou de la rupture du contrat de travail.
- D. PLAFOND DE LA COUVERTURE**
- 2.D.1. En cas de Perte d'emploi involontaire, Incapacité de travail ou Décès le montant total des prestations ne pourra en aucun cas excéder la somme de 10.000 EUR.
- 2.D.2. Tenant compte de ce qui est stipulé à l'article 2.C.1. ci-avant, la couverture contre la Perte d'emploi involontaire est suspendue si et aussi longtemps que l'assuré est en incapacité du travail.
- 2.D.3. Pour la période comprise entre la date de début de l'incapacité de travail ou de la perte d'emploi involontaire et la clôture du dossier de sinistre, aucune couverture n'est accordée.
- ARTICLE 3 : ETENDUE TERRITORIALE**
- L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique.
- ARTICLE 4 : EXCLUSIONS**
- A. INCAPACITE DE TRAVAIL ET DECES**
- Aucune prestation ne sera payée en cas d'incapacité de travail ou de décès occasionné, stimulé ou aggravé par ou suite à :
- 4.A.1. Un suicide ou une tentative de suicide, sauf si une période de plus d'un an s'est écoulée depuis la souscription de l'assurance;
 - 4.A.2. Meurtre ou tentative de meurtre sur ou blessures apportées intentionnellement à la personne de l'assuré par une personne intéressée par les prestations de la compagnie ;
 - 4.A.3. Des événements de guerre, guerre civile, conflits armés, révoltes, troubles civils, émeutes ou mutineries ;
 - 4.A.4. Intoxication alcoolique, d'un état d'ivresse, d'ivrognerie, de toxicomanie ou de l'usage de drogues ou de l'usage de médicaments, narcotiques, stupéfiants ou dopants autres que prescrits médicalement de ou par l'assuré ;
 - 4.A.5. Un accident de la circulation si l'assuré était le conducteur du véhicule et qu'il avait dépassé le taux d'alcool légalement autorisé ;
 - 4.A.6. Des affections psychiques, états dépressifs, états de tension, dépression nerveuse et leurs conséquences ;
 - 4.A.7. Pour la couverture Décès :
Des maladies, pathologies ou lésions subies ou indispositions ou infirmités existantes jusqu'à 24 mois précédant la prise d'effet de l'assurance, nécessitant normalement ou qui ont nécessité un diagnostic ou un traitement médical et qui entraînent un sinistre lié à un événement qui s'est produit pendant les 12 mois suivant la prise d'effet de ce contrat d'assurance. Au cas où la compagnie a néanmoins accordé la couverture, la compagnie ne sera tenue à intervenir que si les héritiers de l'assuré apportent la preuve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre le décès et cette maladie, pathologie, lésion ou indisposition ou infirmité ;
Pour la couverture Incapacité de travail :
Des maladies, pathologies ou lésions subies ou des indispositions ou infirmités existantes jusqu'à 24 mois précédant la prise d'effet de l'assurance, nécessitant normalement ou qui ont nécessité un diagnostic ou un traitement médical. Au cas où la compagnie a néanmoins accordé la couverture, la compagnie ne sera tenue à intervenir que si l'assuré apporte la preuve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'incapacité de travail et cette maladie, pathologie, lésion ou indisposition ou infirmité ;
 - 4.A.8. La participation volontaire de l'assuré à une infraction ;
 - 4.A.9. Blessures volontaires ;
 - 4.A.10. Une intervention cosmétique, sauf si cette intervention résulte d'un accident survenu après la date d'effet de cette assurance ;
 - 4.A.11. La grossesse, à moins que l'incapacité ou le décès résulte de complications de la grossesse;
 - 4.A.12. Un accident survenu avant la date de la prise d'effet du contrat d'assurance.
- B. PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE**
- Aucune prestation ne sera payée :
- En cas de perte d'emploi involontaire pour cause de ou suite à :
- 4.B.1. Préavis ou résiliation du contrat de travail par l'employeur pour motif grave dans le chef de l'employé ;
 - 4.B.2. Préavis ou résiliation du contrat de travail par l'employeur pour cause d'une condamnation judiciaire de l'employé à une peine privative de liberté irrévocable ;
 - 4.B.3. Préavis ou résiliation du contrat de travail par l'employeur résultant raisonnablement de l'attitude fautive de l'assuré ;
 - 4.B.4. Préavis ou résiliation du contrat de travail par l'employeur ou nullité du contrat de travail pour une cause précontractuelle (par exemple, inexactitude, omission ou réticence intentionnelle relative à toute information pertinente) ;
 - 4.B.5. La prise de fin d'un contrat de travail ou d'une fonction publique à durée déterminée ;
 - 4.B.6. Refus par l'assuré d'un emploi de remplacement adéquat ;
 - 4.B.7. Faute lourde, négligence grave ou malveillance dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire ;
 - 4.B.8. Intoxication alcoolique, un état d'ivresse, d'ivrognerie, de toxicomanie ou de l'usage de drogues ou de l'usage de médicaments, narcotiques, stupéfiants ou dopants autres que prescrits médicalement ;
 - 4.B.9. Des événements de guerre, conflits armés, guerre civile, révolte, émeutes et mutinerie ;
 - 4.B.10. De faits propres au travail, p. ex. travail saisonnier, perte d'emploi pour cause de

- gelée, périodes de vacances (avec ou sans solde),
- 4.B.11. Incapacité de travail suivant un évènement pour laquelle la compagnie a refusé son intervention sur base des présentes conditions générales et pour laquelle l'assuré n'a dès lors pas droit à une intervention de la compagnie.

C. INDEMNISATION A LA SUITE D'UN RISQUE NON COUVERT

- 4.C.1 Sous réserve de l'article 8.4, en cas de décès de l'assuré à la suite d'un risque non couvert, la compagnie paiera la prestation en cas de décès à concurrence du montant de la valeur de rachat théorique (c.-à-d. la réserve constituée par la capitalisation des primes payées, déduction faite des sommes utilisées pour la couverture du risque) au moment du décès, sauf s'il s'agit d'un fait intentionnel.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET, DUREE ET FIN DE LA COUVERTURE

- 5.1. Le contrat d'assurance a une durée d'un an, avec reconduction tacite pour des périodes successives d'un an sauf en cas de résiliation du contrat par le preneur d'assurance au moins trois mois avant la date d'échéance.
Le contrat d'assurance prend effet à la date d'utilisation de la ligne de crédit, comme mentionné dans la police, mais uniquement après paiement de la première prime mensuelle.
- 5.2. Sous réserve des dispositions concernant la résiliation et l'annulation de l'assurance reprises ailleurs dans les présentes conditions, la couverture prend fin :
- 5.2.A. Général**
- 5.2.A.1. A la date de renonciation du contrat de ligne de crédit ou à laquelle il a pris fin ;
- 5.2.A.2. Le jour où l'assuré a atteint l'âge de 65 ans en ce qui concerne la couverture Incapacité de travail et Perte d'emploi involontaire et 70 ans pour la couverture décès.
- 5.2.A.3. Au moment du décès de l'assuré ;
- 5.2.A.4. Le jour où le preneur d'assurance et la compagnie se sont mis d'accord pour mettre fin à la couverture ;
- 5.2.A.5. 8 jours après le jour où la compagnie, dans les 30 jours à compter de la réception de la police présignée, a notifié par lettre recommandée à l'assuré qu'elle refuse l'acceptation du risque ;
- 5.2.A.6. Le jour où l'assuré est retraité ou préretraité, sauf en ce qui concerne la couverture décès.
- 5.2.A.7. Par la résiliation du contrat pour la date d'échéance annuelle, par lettre recommandée, par exploit d'huissier de justice ou remise en main de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée à l'agent d'assurance lié, sous le respect d'un délai de préavis de trois mois, sans préjudice des articles 6.1 et 8.4.
- 5.2.B. Dispositions spécifiques à la couverture Perte d'emploi involontaire**
- 5.2.B.1. Le jour où l'assuré interrompt volontairement le travail (pause-carrière, congé sabbatique, préavis donné par l'employé sauf dans la situation visée à l'article 2.C.4.2. ci-avant) ou passe volontairement à un régime de moins de 16 heures par semaine ;
- 5.2.B.2. Si l'assuré part à l'étranger pour une période de plus de 2 mois consécutifs ;
- 5.2.B.3. Le jour où l'assuré commence une activité pour son propre compte qui normalement peut être effectué par un tiers contre paiement et qui n'est pas limité à la gestion normale de ses propres biens ;
- 5.2.B.4. Le jour où la compagnie, dans les 30 jours suivant la prestation ou le refus d'intervention, a notifié par lettre recommandée à l'assuré qu'elle souhaite ne plus assurer le risque.

ARTICLE 6 : RESILIATION, RACHAT, CONVERSION ET REDUCTION

- 6.1. Le preneur d'assurance peut, par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise en mains propres de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée à l'agent d'assurance lié, résilier le contrat dans les 30 jours après sa prise d'effet. Dans ce cas, la compagnie lui rembourse les primes déjà payées, déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque.
- 6.2. S'agissant d'une assurance temporaire et à primes périodiques, le preneur d'assurance n'a droit ni à la réduction et conversion, ni au rachat.

ARTICLE 7 : AVANCE SUR CONTRAT ET PARTICIPATIONS BENEFICIAIRES

La compagnie n'accorde pas d'avances sur ce contrat. La compagnie n'octroie pas de participations bénéficiaires dans ce contrat.

ARTICLE 8 : PAIEMENT DES PRIMES

- 8.1. La prime mensuelle due s'élève à 0,29 % du solde restant dû en vertu de la ligne de crédit pour la couverture Décès, à 0,59 % du solde ouvert en vertu de la ligne de crédit pour la couverture Incapacité de travail et Décès et à 0,69 % du solde ouvert en vertu de la ligne de crédit pour la couverture Incapacité de travail et Décès et Perte d'emploi Involontaire.
- 8.2. Le paiement des primes n'est pas obligatoire.
- 8.3. A défaut de paiement de la première prime le contrat ne prend pas effet.
- 8.4. Le non-paiement d'une prime mensuelle entraîne la résiliation du contrat d'assurance. La résiliation sortit ses effets 30 jours après l'envoi par l'agent d'assurance lié au preneur d'assurance d'une lettre recommandée rappelant

les conséquences du non-paiement.

- 8.5. Le calcul des primes mensuelles dues est indiqué sur la police.
- 8.6. Les primes mensuelles sont dues lors de la conclusion du contrat d'assurance. Le contrat prend effet dès paiement de la première prime.
- 8.7. En cas de restitution des primes pour quelque raison que ce soit, la compagnie ne sera jamais tenue de rembourser plus que la dernière prime mensuelle, sauf en cas de résiliation suivant les dispositions des articles 5.2.A.4. et 6.1 ci-avant. Dans ces deux derniers cas, la compagnie rembourse les primes payées. La restitution des primes payées n'aura lieu que si aucune indemnisation n'a été payée par la compagnie dans le cadre du présent contrat d'assurance.

ARTICLE 9 : DECLARATIONS OBLIGATOIRES DU PRENEUR D'ASSURANCE

- 9.1. Le contrat d'assurance est conclu de bonne foi sur la base des renseignements fournis par le preneur d'assurance. Lors de la conclusion, de l'augmentation ou de la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance doit communiquer à la compagnie, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont il a connaissance et qu'il doit raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par la compagnie. La compagnie peut exiger tous les renseignements qu'elle juge nécessaires.
- 9.2. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires et si la compagnie aurait refusé l'assurance si elle avait eu connaissance des informations exactes, elle peut résilier le contrat. Dans ce cas, les primes déjà payées seront remboursées au preneur d'assurance.
- 9.3. Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité du contrat. Les primes échues au moment où la compagnie en prend connaissance lui reviennent.
- 9.4. Pour la couverture Décès et sauf en cas de fraude, d'omission volontaire ou de déclaration volontairement inexacte, ce contrat est incontestable 1 an après la date de sa souscription.

ARTICLE 10 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

En cas d'incapacité de travail, l'assuré est obligé :

- 10.1. D'en faire déclaration le plus vite possible et en tous cas dans les 8 jours, à l'agent d'assurance lié, en demandant le formulaire de déclaration de sinistre ;
- 10.2. De joindre un certificat médical à la déclaration de sinistre ;
- 10.3. De recourir immédiatement aux soins médicaux nécessités par son état et se conformer aux prescriptions du médecin et de la compagnie en vue de hâter la guérison ;
- 10.4. En cas d'incapacité de travail prolongée et dès que la prolongation dépasse une période d'un mois complet, de retourner à la compagnie le formulaire de prolongation envoyé par la compagnie, dûment rempli et accompagné d'un certificat médical confirmant cette prolongation ;
- 10.5. De recevoir les représentants de la compagnie et de faciliter leurs constatations ;
- 10.6. De se concerter à temps avec la compagnie en cas de départ à l'étranger pour une période de plus de 30 jours.

ARTICLE 11 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

En cas de perte d'emploi involontaire, l'assuré est obligé :

- 11.1. D'en faire déclaration le plus vite possible et en tous cas dans les 8 jours, à l'agent d'assurance lié, en demandant le formulaire de déclaration de sinistre ;
- 11.2. En cas de perte d'emploi involontaire prolongé et dès que la prolongation dépasse une période d'un mois complet, de retourner à la compagnie le formulaire de prolongation envoyé par la compagnie, dûment rempli ;
- 11.3. De recevoir les représentants de la compagnie et de faciliter leurs constatations ;
- 11.4. De respecter et de suivre les instructions données par les bureaux publics de placement et d'emploi ;
- 11.5. De faire tout et de ne rien négliger pour trouver un nouvel emploi, et notamment se faire inscrire auprès des bureaux compétents de placement et d'emploi et rester inscrit et disponible sur le marché, ce qui implique que l'assuré doit accepter toute proposition d'emploi adéquat ;
- 11.6. De s'abstenir de tout acte qui pourrait nuire aux intérêts de la compagnie ou de l'agent d'assurance lié ;
- 11.7. De fournir, sur simple demande de la compagnie ou de l'agent d'assurance lié, toutes les informations et documents, y compris les documents certifiant les allocations de perte d'emploi ou d'attente. Le preneur d'assurance donne l'autorisation à l'agent d'assurance lié et à la compagnie de réclamer ces documents directement auprès des instances concernées ;
- 11.8. De se concerter à temps avec la compagnie en cas de départ à l'étranger pour une période de plus de 30 jours ;
- 11.9. D'en informer immédiatement la compagnie et/ou l'agent d'assurance lié dès qu'il a trouvé un nouvel emploi, même si cet emploi ne correspond pas aux critères énumérés à l'article 1.4.c.1. ci-avant.

ARTICLE 12 : CONSTATATION ET PAIEMENT DES prestationS EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL ET DE DECES

- 12.1. Pendant toute la durée d'incapacité de travail de l'assuré, le degré d'incapacité, l'importance et la période de prestation seront établis par la compagnie d'après les données fournies par des médecins et autres experts à désigner par elle. Immédiatement après réception de ces données, la compagnie en avisera l'assuré. Celui-ci sera considéré comme étant d'accord avec le point de vue de la compagnie s'il n'a pas fait objection dans les 30 jours.
- 12.2. En cas de décès de l'assuré, l'agent d'assurance lié doit en être mis au courant dans le mois suivant le décès. Si toutes les conditions de l'assurance sont remplies, la prestation sera payée après réception par la compagnie de la déclaration de sinistre et le certificat médical remplis et d'une copie de l'acte de décès du bureau de l'état civil.
- 12.3. La compagnie a le droit de garder une copie des pièces décrites au point 12.2. ci-avant.
- 12.4. La compagnie payera les prestations toujours à l'agent d'assurance lié qui va utiliser ces prestations pour rembourser le solde ouvert du contrat de ligne de crédit pour lequel cette assurance a été souscrite.

ARTICLE 13 : CONSTATATION ET PAIEMENT DES prestationS EN CAS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

- 13.1. En cas de perte d'emploi involontaire, la prestation due sera payée mensuellement par la compagnie après constatation de la perte d'emploi.
- 13.2. Au moment où la prestation est devenue payable, la compagnie la payera le plus vite possible, après réception de la déclaration de sinistre et les justificatifs nécessaires.
- 13.3. La compagnie payera les prestations toujours à l'agent d'assurance lié qui va utiliser ces prestations pour rembourser le crédit du contrat de ligne de crédit pour lequel cette assurance a été souscrite.

ARTICLE 14 : CONTESTATIONS D'ORDRE MEDICAL

En cas de contestation, les lésions de l'assuré, leur gravité et leur durée ainsi que le degré d'incapacité de travail seront constatées par deux médecins, l'un désigné par l'assuré ou ses héritiers en cas de décès, l'autre par la compagnie, chaque partie supportant les frais de son médecin. S'il y a divergence entre eux, ils s'en adjoindront un troisième dont les honoraires et les frais seront supportés par moitié par chacune des parties. Ils formeront un collège statuant à la majorité des voix avec dispense des formalités judiciaires. Leur décision sera souveraine et irrévocable. Faute d'entente sur le choix du troisième médecin, désignation en sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du tribunal de première instance du domicile de l'assuré.

ARTICLE 15 : DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPETENTS

- 15.1. Le présent contrat est régi par le droit belge.
- 15.2. Les contestations et plaintes pouvant résulter du présent contrat peuvent être soumises à la compagnie avec mention du numéro de contrat. La compagnie répondra le plus vite possible aux contestations, plaintes ou questions soulevées. Au cas où l'assuré ne serait pas satisfait du traitement de sa question ou de sa plainte par la compagnie, la contestation peut être soumise à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, bte 6 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as, sans préjudice du droit pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.
- 15.3. Tous les litiges relatifs au présent contrat relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges.

ARTICLE 16 : DECHEANCE ET PRESCRIPTION

- 16.1. Sans dérogation aux dispositions légales applicables, aucune prestation n'est due et la compagnie peut réclamer le remboursement des prestations indûment payées, au cas où l'assuré ou ses héritiers aurait/auraient omis de remplir les obligations ou d'observer les délais prévus par le contrat.
- 16.2. La compagnie ne sera nullement obligée au paiement d'intérêts afférents à des prestations payées après la date d'exigibilité, si la prestation est payée dans un délai raisonnable à partir du moment où l'obligation d'intervention par la compagnie a été déterminée.
- 16.3. Toutes actions contre la compagnie dérivant du présent contrat sont prescrites après trois ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, sous réserve des dispositions légales en matière d'interruption ou de suspension.

ARTICLE 17 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Voir la notice sur la protection des données à caractère personnel jointe en annexe. Cette notice fait partie intégrante des présentes conditions générales.

ARTICLE 18 : CONFLITS D'INTERETS

La compagnie a identifié des situations où, potentiellement, des conflits d'intérêt peuvent survenir dans le cadre de ses activités entre les intérêts d'un client, les intérêts de la compagnie (en ce compris ses dirigeants, employés, agents liés, etc.) ou les intérêts d'un

autre client.

Un résumé de la politique de gestion des conflits d'intérêts de la compagnie est disponible sur le site <https://www.santander.be/fr/le-pret-a-temperament/assurance-pret-personnel/> à la rubrique des documents légaux.

ARTICLE 19 : DISPOSITIONS DIVERSES

- 19.1. La nullité éventuelle (d'une partie) d'un article des présentes conditions n'entraîne pas la nullité du contrat entier. Les parties mettront tout en œuvre pour remplacer (la partie concernée de) l'article par une clause valable de la même teneur.
- 19.2. Pour établir la tarification de la couverture du risque, la compagnie a tenu compte de critères de segmentation. La compagnie tient compte des critères suivants pour déterminer les conditions qui seront applicables lors de la prise de cours du contrat :
 - Le montant de la ligne de crédit.La compagnie tient compte des mêmes critères comme étant susceptibles d'avoir, dans le futur, un impact sur les conditions du contrat.
- 19.3. Le tarif est garanti pendant toute la durée du contrat

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Nota bene : Afin de respecter les dispositions de la législation européenne en matière de protection de données à caractère personnel – le Règlement général sur la protection des données – ainsi que son application en Belgique, le présent document est remis au client à titre d'information précontractuelle. Il fait également partie intégrante des conditions générales.

Introduction

Pour CNP Santander Insurance Europe Designated Activity Company et CNP Santander Life Insurance Designated Activity Company (la « Compagnie »), ainsi que pour tout membre de leur groupe, la protection des données à caractère personnel qui leur sont confiées par les clients (preneurs d'assurance) et toute autre personne concernée revêt une importance cruciale. La Compagnie s'engage à respecter les principes et normes prévus par la législation européenne et belge en matière de protection des données à caractère personnel et de la vie privée. Il s'agit là d'un élément clé de la réputation de la Compagnie et de son groupe. La Compagnie s'engage en outre à respecter le principe de transparence dans le traitement des données à caractère personnel et, de manière générale, les obligations lui incombant, ainsi que les droits des personnes concernées dans le cadre de la législation européenne – le Règlement général sur la protection des données (« RGPD ») – et son application en Belgique.

Le « responsable du traitement » et le « sous-traitant » des données à caractère personnel

La Compagnie, établie en Irlande, agit en tant que responsable du traitement des données à caractère personnel. Elle confie diverses opérations (administration par un tiers, traitement des sinistres et des plaintes et la collecte de primes) à des sous-traitants désignés qui traitent les données à caractère personnel pour le compte du responsable du traitement. Ces sous-traitants désignés traitent les données en vue de fournir les services définis ci-après. Pour les besoins des présentes, la Compagnie demeure responsable des activités des sous-traitants désignés. Les coordonnées de la Compagnie figurent dans les conditions générales du contrat d'assurance.

Finalités du traitement des données à caractère personnel

La Compagnie traite les données à caractère personnel, p. ex. les noms, coordonnées, informations financières et numéros d'identification, ainsi que les données concernant la santé, en vue des finalités suivantes :

- L'exécution d'un contrat, par exemple l'exécution d'un contrat d'assurance conclu avec le preneur d'assurance et le traitement des sinistres déclarés par ce dernier ;
- Le respect des obligations légales à laquelle la Compagnie est soumise, en Belgique ou ailleurs, y compris ses obligations en matière d'établissement de réserves, de tarification, d'analyses actuarielles, de comptabilité afférente aux primes et sinistres, de contrôles, de lutte contre la fraude et de prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme ;
- Les intérêts légitimes de la Compagnie, dès lors que ces intérêts n'entrent pas dans l'objet du contrat conclu avec le preneur d'assurance ou ne constituent pas une obligation légale pour la Compagnie, par exemple le traitement de données à caractère personnel pour l'établissement de rapports macro-économiques ou à des fins comptables.

Le traitement des données à caractère personnel pour ces finalités est nécessaire à l'exécution du contrat conclu avec le preneur d'assurance. Sans ces données, la Compagnie est dans l'impossibilité d'exécuter le contrat en question.

La Compagnie limite le traitement de données à caractère personnel aux finalités susvisées. Seules les personnes dont la fonction le justifie pour la réalisation de ces finalités y ont accès.

Exploitation et communication des données à caractère personnel

La Compagnie limite la communication des données à caractère personnel à d'autres membres du groupe auquel elle appartient, ainsi qu'à des sociétés ou entités liées à la Compagnie, aux intermédiaires et aux fournisseurs de services. La Compagnie communique ces données pour des finalités telles que le respect d'obligations légales (par exemple la vérification de l'identité du client, la législation en matière de sanctions internationales et/ou de prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme) et/ou la fourniture par ces sociétés ou entités de leurs produits ou services au preneur d'assurance. La Compagnie limite cette communication des données à caractère personnel à des tiers sous réserve du consentement du preneur d'assurance ou conformément à une obligation ou autorisation légale. La Compagnie communique les données à caractère personnel aux tiers suivants (en ce compris toute entité remplaçante) :

- Les membres du groupe auquel la Compagnie appartient, tels que CNP Santander Insurance Services Ireland Ltd. (CNPSISIL), les sociétés ou entités liées à la Compagnie, intermédiaires ou fournisseurs de services, ainsi que ses représentants ;
- La société Santander Consumer Finance Benelux B.V., le sous-traitant désigné à l'effet de transmettre les données à caractère personnel du preneur d'assurance à la Compagnie ou CNPSISIL, la collecte des primes d'assurance, l'émission des divers documents relatifs aux contrats d'assurance, et de la réception des déclarations de sinistres ;
- Mifratel N.V., centre d'appel téléphonique, sous-traitant chargé de diverses tâches de marketing ;
- La société TWG Services Ltd., le sous-traitant chargé du traitement de sinistres et de plaintes ;
- Les sociétés Iron Mountain Belgium SA et Merak SA Belgique pour l'archivage;
- Les réviseurs de la Compagnie;
- ainsi que les entités suivantes, mais uniquement sur demande légitime:
- La Banque Centrale d'Irlande et l'Autorité des Services et Marchés Financiers belge ;
- Toute autre autorité compétente irlandaise ou belge, y compris, en cas de litige relatif à la protection des données à caractère personnel, les juridictions compétentes et la Commission de la Protection de la Vie Privée belge.

La communication à un tiers, telle que décrite ci-dessus, peut donner lieu à un transfert des données à caractère personnel vers un pays n'assurant pas un niveau de protection adéquat. Pour ce cas de figure, la Compagnie a mis en place des mesures visant à garantir la protection des données et le respect de la législation applicable.

Délai de conservation des données à caractère personnel

La Compagnie conserve les données à caractère personnel aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les finalités fondant leur collecte et assurer le respect des obligations légales lui incombant et ce, en conformité également avec sa politique interne en matière de conservation de données.

Droits du preneur d'assurance et demandes d'information

Le preneur d'assurance dispose de droits quant aux données à caractère personnel traitées par la Compagnie, à savoir le droit à l'accès à ces données, à leur rectification, à leur effacement, à la limitation de leur traitement et à leur portabilité, ainsi que le droit de retirer son consentement. A l'heure actuelle, la Compagnie ne procède à aucun traitement automatisé de données à caractère personnel, ni à un quelconque profilage.

Pour toute question, observation ou plainte relative à la collecte ou l'exploitation des données à caractère personnel du preneur d'assurance ou au sujet de la présente notice, prière de contacter le Délégué à la protection des données de la Compagnie à : Dataprotectionofficer@cnpsantander.com. Afin de traiter les demandes en toute confidentialité, le Délégué aura besoin d'une copie du passeport ou de la carte d'identité nationale du preneur d'assurance, ainsi que du numéro du contrat d'assurance. En cas de doute quant au respect par la Compagnie des dispositions légales en matière de protection des données à caractère personnel et de la vie privée, le preneur d'assurance peut introduire, sans frais, une plainte ou une requête écrite, signée et datée, auprès de l'Autorité de protection des données, Rue de la Presse, 35, B-1000 Bruxelles.