

Schuldsaldoverzekering in het kader van leningen op afbetaling aangeboden via Santander Consumer Finance SA, Bijkantoor in België

Editie FTL/GTC/0226/NL

Deze algemene voorwaarden worden overhandigd aan de verzekeringnemer die krachtens het contract van lening op afbetaling gesloten met Santander Consumer Finance, S.A. – Bijkantoor in België, kredietnemer is en die de facultatieve kredietbeschermingsverzekering wenst af te sluiten. De hieronder beschreven verzekeringsvoorwaarden zijn van toepassing. De verzekeringsovereenkomst bestaat uit deze algemene voorwaarden en de specifieke voorwaarden vervat in het (vooraf getekende) polisdocument.

VOOR HET AANGIFTEFORMULIER, GELIEVE CONTACT OP TE NEMEN MET DE KLANTDIENST OP HET NUMMER – TEL 09/235 51 13, stuur een mail: contact@cnp santander.be of download het formulier op de website www.cnp santander.be

Indien u communicatie/documenten per post verstuurt naar het onderstaande adres van de Verzekeraar, houd er dan rekening mee dat er hogere verzendkosten van toepassing kunnen zijn vanwege de locatie van de verzekeraar:

CNP SANTANDER INSURANCE LIFE DAC / CNP SANTANDER INSURANCE EUROPE DAC (gezamenlijk "CNPSI")

Three Park Place, Upper Hatch Street
Dublin, D02 FX65, Ierland

ARTIKEL 1: DEFINITIES

Voor de interpretatie van deze algemene voorwaarden en het polisdocument, zijn de volgende definities van toepassing:

1.1. De Maatschappij of Verzekeraar:

1.1.A. Voor de dekking Overlijden: CNP SANTANDER INSURANCE LIFE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY, verzekeringsonderneming naar Iers recht, met maatschappelijke zetel te 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2 geregistreerd in Ierland onder nr. 488063. De onderneming is toegelaten door en valt onder het toezicht van de Ierse toezichthouder (Central Bank of Ireland) onder nr. C85771.

1.1.B. Voor de aanvullende dekkingen Ernstige ziekte, Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit en Onvrijwillig verlies van werk: CNP SANTANDER INSURANCE EUROPE DESIGNATED ACTIVITY COMPANY, verzekeringsonderneming naar Iers recht, met maatschappelijke zetel te 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2 geregistreerd in Ierland onder nr. 488062. De onderneming is toegelaten door en valt onder het toezicht van de Ierse toezichthouder (Central Bank of Ireland) onder het nummer C85775.

1.2. De Tussenpersoon (niet-verbonden verzekeringsagent):

SANTANDER CONSUMER FINANCE, S.A. Bijkantoor in België:
Kredietgever en verzekeringstussenpersoon met maatschappelijke zetel te Avenida de Cantabria s/n 28660, Boadilla del Monte, Madrid, Spanje, ingeschreven in het handelsregister van Madrid, met fiscaal identificatienummer A28122570. Santander Consumer Finance S.A. is geregistreerd bij de Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones onder het nummer OV0089. Als kredietgever en verzekeringstussenpersoon (niet-verbonden), is Santander Consumer Finance, S.A. bevoegd om via haar Belgische bijkantoor te opereren. Haar Belgische bijkantoor is gevestigd te Guldenstrokenpark 81, 9820 Merelbeke, en ingeschreven in de Kruispuntbank van Ondernemingen onder nr. 0763.791.559 en bij de Belgische Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (FSMA) als kredietgever en als verzekeringstussenpersoon (niet-verbonden) onder het nummer OV0089. Het staat onder toezicht van de Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en, voor de activiteiten in België, van de FSMA en de FOD economie.

1.3. Begunstigde:

De persoon die is aangewezen om in geval van overlijden van de Verzekerde de verzekeringsprestatie te ontvangen. Indien geen begunstigde is aangeduid, komt de prestatie toe aan de Verzekeringnemer of aan de nalatenschap van de Verzekeringnemer. Voor aanvullende dekkingen (Ernstige ziekte, Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit en Onvrijwillig verlies van werk) is de Begunstigde de Verzekeringnemer.

1.4. Verzekerde:

Verzekeringnemer 1 = Verzekerde 1; Verzekeringnemer 2 = Verzekerde 2. De verzekerde is de natuurlijke persoon op wiens hoofd het risico van het voorvallen van de verzekerde gebeurtenis rust.

Bij het afsluiten van de verzekering moet de verzekerde, op straffe van verval:

1.4.A. Voor de basisdekking Overlijden:

1.4.A.1. De leeftijd van 18 jaar of meer bereikt hebben, maar de leeftijd van 75 jaar nog niet bereikt hebben.

1.4.B. Voor de aanvullende dekking Ernstige ziekte

1.4.B.1. De leeftijd van 18 jaar of meer bereikt hebben, maar de leeftijd van 75 jaar nog niet bereikt hebben.

1.4.C. Voor de aanvullende dekking Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit en Onvrijwillig verlies van werk:

1.4.C.1. De leeftijd van 18 jaar of meer bereikt hebben, maar de leeftijd van 67 jaar nog niet bereikt hebben aan het einde van de dekkingsperiode zoals gespecificeerd in artikel 6.

1.4.C.2. Op grond van een arbeidsovereenkomst of een aanstelling in een openbaar ambt (contract van onbepaalde duur), een bezoldigd beroep uitoefenen in België gedurende minstens 16 uur per week en dit beroep eveneens effectief hebben uitgeoefend gedurende een ononderbroken periode van 90 dagen direct voorafgaand aan de Datum van inwerkingtreding van het verzekeringscontract.

1.4.D. Indien er twee verzekerden zijn, gelden deze verplichtingen voor elke verzekerde partij.

1.5. Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid:

De tijdelijke arbeidsongeschiktheid aan 100% van de Verzekerde om zijn huidige betrekking uit te oefenen, uitsluitend wegens een Ongeval of Ziekte.

1.6. Blijvende volledige invaliditeit:

Een invaliditeit van meer dan 66% met blijvend karakter, vastgesteld door het RI-ZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), waarbij een persoon niet langer in staat is om te werken als gevolg van een Ongeval of een Ziekte en het geldt voor gevallen waarin de persoon mogelijk nooit meer in staat zal kunnen zijn om te werken.

1.7. Onvrijwillig verlies van werk:

Het onvrijwillig en volledig beëindigen van de bezoldigde beroepsactiviteit, uitgeoefend uit hoofde van een arbeidsovereenkomst of een aanstelling in een openbaar ambt, zoals bedoeld in artikel 1.4.C.2., ten gevolge van het ontslag door de werkgever of van de beëindiging van de arbeidsrelatie, wegens omstandigheden die niet toe te rekenen zijn aan de wil of de fout van de Verzekerde, op voorwaarde dat de Verzekerde op de datum van het Onvrijwillig verlies van werk niet in Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid of Blijvende volledige invaliditeit verkeerde, en waardoor de Verzekerde recht heeft op de uitbetaling van een werkloosheids-

inschakelingsuitkering.

Worden niet beschouwd als Onvrijwillig verlies van werk: het vrijwillig ontslag van de Verzekerde, de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in onderling akkoord tussen de Verzekerde en de werkgever, evenals het ontslag door de werkgever om dringende redenen die aan de Verzekerde kan worden toegerekend.

1.8. Ongeval:

Een plots en onvoorziene gebeurtenis die rechtstreeks lichamelijk letsel of overlijden teweegbrengt en die ten minste één andere oorzaak heeft die buiten het lichaam van de verzekerde ligt.

De volgende omstandigheden worden niet als ongevallen beschouwd: ziekten en hun gevolgen, beroertes en epileptische aanvallen en hartfalen, ongeacht de oorzaak hiervan, alsook de lichamelijke letsels hierdoor veroorzaakt, gevolgen van operaties die niet noodzakelijk was als gevolg van een ongeval.

1.9. Ziekte:

Een verslechtering van de gezondheidstoestand van de verzekerde die niet door een ongeval werd veroorzaakt en gepaard gaat met objectieve en organische symptomen en die erkend wordt als een ziekte volgens Belgisch recht door een arts die wettelijk bevoegd is om zijn beroep uit te oefenen in het land waarin de Verzekerde zich bevindt op het moment van de diagnose. In dit geval en voor zover nodig behoudt de Maatschappij zich het recht voor om een tegenexpertise te vorderen door een Belgische arts naar haar keuze.

1.10. Saldo van de Lening op afbetaling:

Het openstaand verschuldigd totaalbedrag van de Lening op afbetaling (inclusief, indien van toepassing, de verzekeringspremie voor de Lening op afbetaling). Voor de dekking Overlijden, Ernstige ziekte en Blijvende volledige invaliditeit wordt het saldo opgevat als exclusief toekomstige rente (d.w.z. vanaf het optreden van de verzekerde gebeurtenis).

1.11. Lening op afbetaling:

De lening die door de Tussenpersoon (als Kredietgever) aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, zoals nader gespecificeerd in de polis.

1.12. Wachterperiode:

De periode tijdens dewelke geen dekking is voorzien, te rekenen vanaf de Datum van inwerkingtreding van het verzekeringscontract.

1.13. Carenztermijn:

Periode waarin geen aanvraag tot vergoeding kan worden ingediend en waarin geen vergoeding wordt betaald, te rekenen vanaf de datum waarop de verzekerde gebeurtenis zich heeft voorgedaan.

1.14. Ernstige ziekte:

Hiermee wordt één van de volgende 5 ziekten bedoeld: kwaadaardige tumor, hartaanval, beroerte, nierfalen, orgaantransplantatie, zoals vastgesteld in artikel 2.E.4 en 2.E.5.

Hieronder wordt uitgelegd hoe deze ziekten in de Algemene Voorwaarden worden geïnterpreteerd.

1.14.A. **Kwaadaardige tumor (tumor)** – een kwaadaardige tumor die wordt gekenmerkt door een ongecontroleerde groei en verspreiding van kankercellen, die normale weefsels infiltreren en vernietigen. De diagnose moet worden bevestigd door een histopathologisch onderzoek. Onder de verzekeringsdekking vallen eveneens: leukemie, kwaadaardig lymfoom (met inbegrip van cutaan lymfoom), de ziekte van Hodgkin, kwaadaardige beenmergtumoren en sarcomen, alsook kanker van onbekende oorsprong met meervoudige metastasen. Van de verzekeringsdekking zijn uitgesloten: •niet-invasieve kanker (carcinoma in situ), dysplasie en alle precancereuze letsels; •prostaatcancer in stadium T1 volgens de TNM-classificatie (met inbegrip van T1a, T1b en T1c) of een daarmee overeenstemmend stadium volgens een andere classificatie; •alle huidkankers, met uitzondering van kwaadaardig melanoom dat de epidermislaag overschrijdt; •papillair schildklier carcinoom dat beperkt is tot de schildklier; •elke vorm van kanker die samengaat met een HIV-infectie.

1.14.B. **Hartinfarct** - de diagnose van necrose van een deel van de hartspier, veroorzaakt door een plotselinge onderbreking van de bloedtoevoer naar een bepaald deel van de hartspier. De diagnose moet gebaseerd zijn op de vaststelling van een stijging of daling van de bloedconcentraties van cardiale biomarkers (troponine I, troponine T of CK-MB), waarbij minstens één waarde hoger moet zijn dan het 99ste percentiel van het referentiebereik van de gebruikte laboratoriummethode. Daarnaast moet minstens één van de volgende klinische aanwijzingen van myocardischemie aanwezig zijn: •typische klinische symptomen van een myocardinfarct; •één van de volgende ECG-tekenen die wijzen op recente myocardischemie: nieuwe ST-segmentelevation of -depressie, T-golf inversie, nieuwe pathologische Q-golven of een nieuw linkerbundeltakblok.

Andere acute coronaire syndromen vallen niet onder de verzekeringsdekking.

1.14.C. **Beroerte** - necrose van hersenweefsel veroorzaakt door: •een onderbreking van de bloedtoevoer naar een specifiek deel van de hersenen, •of een bloeding in het hersenweefsel. De beroerte moet gepaard gaan met: •nieuwe klinische neurologische symptomen die overeenstemmen met een beroerte; •objectieve neurologische uitvalsverschijnselen die bij een neurologisch onderzoek worden vastgesteld binnen 60 dagen na de diagnose van de beroerte; •nieuwe, voor een beroerte kenmerkende afwijkingen vastgesteld via computertomografie (CT) of magnetische resonantie (MRI), indien dergelijke onderzoeken werden uitgevoerd. Van de verzekeringsdekking zijn uitgesloten: •episoden van voorbijgaande cerebrale ischemie (TIA); •herseninfarcten of intracranële bloedingen veroorzaakt door uitwendig trauma; •secondaire bloedingen in bestaande post-beroerteletsels; •alle andere

door beeldvorming vastgestelde hersenafwijkingen zonder gelijktijdige klinische symptomen die met deze afwijkingen overeenstemmen.

- 1.14.D **Nierfalen** - eindstadium nierfalen, gekenmerkt door een onomkeerbare aantasting van de functie van beide nieren, dat een absolute indicatie vormt voor chronische dialyse of niertransplantatie. Een documentatie waaruit de aanvang van de chronische dialysebehandeling blijkt (met inbegrip van de datum van de eerste dialyse), of van de niertransplantatie, dan wel de opname op de wachtlijst voor transplantatie, is vereist. Acute, omkeerbare nierinsufficiëntie die tijdelijke dialyse vereist, evenals het falen van één enkele nier, zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking.
- 1.14.E **Orgaantransplantatie** – d.i. het ondergaan van een transplantatie als ontvanger van één van de onderstaande organen, of de opname op de wachtlijst voor transplantatie van één van deze organen: hart, long, lever, nier of pancreas; of allogene beenmergtransplantatie met gebruik van bloedstamcellen na volledige ablatie (vernietiging) van het eigen beenmerg van de ontvanger. De transplantatie moet medisch verantwoord zijn en het gevolg zijn van de vaststelling en bevestiging van een onomkeerbaar eindstadium van orgaanfalen. Transplantaties met gebruik van andere stamcellen dan hierboven vermeld, vallen niet onder de verzekeringsdekking.
- 1.15 **Datum van inwerkingtreding:**
Heeft de betekenis die aan deze term wordt toegekend in artikel 5.1.

ARTIKEL 2: VOORWERP EN OMVANG VAN DE DEKKING

De Verzekeringnemer kan kiezen uit één van de volgende drie verzekeringsvarianten met de onderstaande dekkingen:

- **Overlijden;**
- **Overlijden en een aanvullende dekking voor Ernstige ziekte;**
- **Overlijden en aanvullende dekkingen voor Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit en Onvrijwillig verlies van werk, waarbij hij/zij binnen de gekozen specifieke dekking het volgende mag verwachten:**

2.A. OVERLIJDEN

Deze dekking is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- de verzekeringnemer voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden overeenkomstig de bepalingen van artikel 1.4.A. hierboven;
- deze dekking wordt gekozen door de verzekeringnemer op het polisdocument;
- de verzekeringnemer heeft het polisdocument ondertekend; en
- de verzekeringnemer heeft de bijbehorende premie betaald.

- 2.A.1. De dekking Overlijden kan zowel afzonderlijk als in combinatie met de dekking Ernstige ziekte of in combinatie met de dekkingen Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit en Onvrijwillig verlies van werk worden afgesloten.
- 2.A.2. In geval van Overlijden van de Verzekerde (of de Verzekerden) voor de einddatum van de Lening op afbetaling, voorziet de verzekering in een verzekeringsprestatie gelijk aan het Saldo van de Lening op afbetaling, volgens de afbetalingstabel van het contract van Lening op afbetaling, op het ogenblik van overlijden van de Verzekerde (of de Verzekerden). De Maatschappij zal nooit méér uitkeren dan eenmaal het saldo van de Lening op afbetaling waarvoor de verzekering werd afgesloten, ongeacht het aantal Verzekerden.
- 2.A.3. De verzekeringsprestaties zullen betaald worden met uitzondering van de achterstallige betalingen, de moratoire interesten, de boetes en de overeengekomen vergoedingen, de kosten van aanmaningen en ingebrekestellingen in verband met de Lening op afbetaling.
- 2.A.4. Deze dekking neemt een einde volgens de voorwaarden voorzien in artikel 6.

2.B. TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Deze dekking is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- de verzekeringnemer voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden overeenkomstig de bepalingen van artikel 1.4.C. hierboven;
- deze dekking wordt gekozen door de verzekeringnemer op het polisdocument;
- de verzekeringnemer heeft het polisdocument ondertekend en
- de verzekeringnemer heeft de bijbehorende premie betaald.

- 2.B.1. De dekking Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid kan nooit afzonderlijk worden afgesloten. De dekking Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid kan enkel in combinatie met de dekking Overlijden, Onvrijwillig verlies van werk en Blijvende volledige invaliditeit worden afgesloten.
- 2.B.2. In geval van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid van de Verzekerde zoals bepaald in artikel 1.5 van deze algemene voorwaarde, die aanvangt na de Datum van inwerkingtreding van het verzekeringscontract en vóór de vervaldag van de lening op afbetaling, voorziet de verzekering in een prestatie voor de Verzekerde die gelijk is aan de verschuldigde maandaflossing van de Lening op afbetaling, zoals deze staat vermeld in aflossingstabel in de overeenkomst voor de Lening op afbetaling en zoals van toepassing is op het moment van ontstaan van de Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid.
- 2.B.3. De verzekeringsprestatie zal worden betaald met uitzondering van achterstallige betalingen, moratoire interest, boetes en overeengekomen vergoedingen, de kosten van aanmaningen en ingebrekestellingen in verband met de Lening op afbetaling.
- 2.B.4. Het recht op de verzekeringsprestatie gaat in na een eerste ononderbroken periode van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid van 45 dagen (Carenztermijn), gevolgd door een aanvullende ononderbroken periode van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid van 30 dagen. Na activering, wordt het recht op de verzekeringsprestatie telkens verlengd met bijkomende periodes van 30 dagen voor elke periode van 30 dagen ononderbroken Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid.
- 2.B.5. De maximale maandelijkse verzekeringsprestatie bedraagt 1.000 EUR.
- 2.B.6. De maandelijkse vergoeding zal, in geval van voortdurende Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, gedurende maximaal 12 maanden per gebeurtenis van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid uitgekeerd worden of, onverminderd artikel 2.B.3., totdat het saldo van de Lening op afbetaling, alsook van de rente berekend volgens de aflossingstabel voor de Lening op afbetaling, aan het begin van de Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, volledig is afgelost, indien deze laatste datum eerder valt.
- 2.B.7. Het recht op de maandelijkse vergoeding met betrekking tot een gebeurtenis van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid eindigt op de dag waarop de Verzekerde niet langer als arbeidsongeschikt wordt erkend, zodra op basis van een medische beoordeling is vastgesteld dat de Verzekerde geschikt is om een beroepsactiviteit persoonlijk en effectief uit te oefenen of te hervatten. Het gewone beheer van het persoonlijke vermogen van de Verzekerde wordt voor de toepassing van deze bepaling niet als een beroepsactiviteit beschouwd.

- 2.B.8. In totaal, en zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van de artikelen 2.B.4 tot 2.B.6 en 2.F.1, heeft elke Verzekerde recht op maximaal 48 maandelijkse vergoedingen gedurende de looptijd van het verzekeringscontract, voor alle gebeurtenissen van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid. In het geval van twee Verzekerden heeft ieder van hen onafhankelijk recht op dit maximum.
- 2.B.9. Indien de Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid een Blijvende volledige invaliditeit wordt, nemen de verzekeringsprestaties uit hoofde van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid een einde. Bovendien neemt deze dekking een einde volgens de modaliteiten voorzien in artikel 6.

2.C. BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT

Deze dekking is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- de verzekeringnemer voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden overeenkomstig de bepalingen van artikel 1.4.C. hierboven;
- deze dekking is gekozen door de verzekeringnemer op het polisdocument;
- de verzekeringnemer heeft het polisdocument ondertekend; en
- de verzekeringnemer heeft de bijbehorende premie betaald.

- 2.C.1. De dekking Blijvende volledige invaliditeit kan nooit afzonderlijk worden afgesloten. De dekking Blijvende volledige invaliditeit kan enkel in combinatie met de dekking Overlijden, Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid en Onvrijwillig verlies van werk worden afgesloten.
- 2.C.2. In het geval van Blijvende volledige invaliditeit van de Verzekerde (of de Verzekerden), zoals beschreven in artikel 1.6 hierboven, dat aanvang neemt na de Datum van inwerkingtreding en vóór de einddatum van de Lening op afbetaling, voorziet de verzekering in een verzekeringsprestatie gelijk aan het saldo van de Lening op afbetaling volgens de afbetalingstabel van het contract van de Lening op afbetaling op het moment van de gebeurtenis. De Maatschappij zal nooit méér uitkeren dan eenmaal het Saldo van de Lening op afbetaling waarvoor de verzekering werd afgesloten, en dit ongeacht het aantal Verzekerden.
- 2.C.3. De verzekeringsprestatie zal worden betaald met uitzondering van achterstallige betalingen, moratoire interest, boetes en overeengekomen vergoedingen, de kosten van aanmaningen en ingebrekestellingen in verband met de Lening op afbetaling.
- 2.C.4. Deze dekking neemt een einde volgens de voorwaarden voorzien in artikel 6.

2.D. ONVRIJWILLIG VERLIES VAN WERK

Deze dekking is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- de verzekeringnemer voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden overeenkomstig de bepalingen van artikel 1.4.C. hierboven;
- deze dekking wordt gekozen door de verzekeringnemer op het polisdocument;
- de verzekeringnemer heeft het polisdocument ondertekend; en
- de verzekeringnemer heeft de bijbehorende premie betaald.

- 2.D.1. De dekking Onvrijwillig verlies van werk kan nooit afzonderlijk worden afgesloten. Deze dekking Onvrijwillig verlies van werk kan enkel in combinatie met de dekking Overlijden, Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid en Blijvende volledige invaliditeit worden afgesloten.
- 2.D.2. Er wordt geen dekking verleend voor Leningen op afbetaling die zijn toegekend tijdens opzegtermijnen, tijdens periodes gedekt door regime van compenserende opzeggingsvergoedingen, tijdens een contract van bepaalde duur, tijdens een interimcontract of tijdens een periode van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid of in geval van Blijvende volledige invaliditeit.
- 2.D.3. In geval van Onvrijwillig verlies van werk van de Verzekerde zoals bepaald in artikel 1.7 van deze algemene voorwaarden vóór de vervaldag van de Lening op afbetaling, voorziet de verzekering in een verzekeringsprestatie voor de Verzekerde die gelijk is aan de verschuldigde maandelijkse aflossing van de Lening op afbetaling, zoals deze vermeld staat in aflossingstabel van het contract van Lening op afbetaling en zoals deze van toepassing is op het moment dat het Onvrijwillig verlies van werk plaatsvond.
- 2.D.4. Het recht op de verzekeringsprestatie gaat in na een eerste ononderbroken periode van Onvrijwillig verlies van werk van 30 dagen, met terugwerkende kracht tot de eerste dag van Onvrijwillig verlies van werk. Het recht op de verzekeringsprestatie wordt verlengd door bijkomende ononderbroken periodes van 30 dagen van Onvrijwillig verlies van werk, met een maximum van 12 uitbetalingen door de Maatschappij per gebeurtenis of, totdat het saldo van de Lening op afbetaling (onverminderd artikel 2.D.8.), alsook van de rente, volgens de aflossingstabel van de Lening op afbetaling, zoals dat bestond op het ogenblik dat het Onvrijwillig verlies van werk zich heeft voorgedaan, volledig is afbetaald, indien deze laatste datum voorafgaat aan de eerste.
- Als eerste dag van het Onvrijwillig verlies van werk wordt beschouwd:
1. de dag volgend op de laatste dag van de opzegperiode of de periode gedekt door de opzeggingsvergoeding, zelfs indien de Verzekerde bevrijd is van de verplichting tot opzeg;
 2. de dag waarop de arbeidsovereenkomst wordt ontbonden door de rechtbank in geval van opzegging door de werknemer wegens ernstige redenen vanwege de werkgever.
- 2.D.5. De maximale maandelijkse vergoeding bedraagt 1.000 EUR.
- 2.D.6. Meerdere periodes van Onvrijwillig verlies van werk, onderbroken door een periode van tewerkstelling van minder dan 6 maanden, worden beschouwd als één enkele periode van Onvrijwillig verlies van werk. Indien een eerste periode van Onvrijwillig verlies van werk wordt gevolgd door een periode van tewerkstelling overeenstemmend met de criteria vermeld in artikel 1.4.C.1. hierboven van meer dan 6 maanden, heeft de Verzekerde het recht op een nieuwe tussenkomst van de Maatschappij in geval van een nieuwe periode van Onvrijwillig verlies van werk van de verzekerde.
- Gedurende de periode van tewerkstelling zoals aangehaald in de voorgaande alinea's is geen enkele verzekeringsprestatie verschuldigd door de Maatschappij.
- 2.D.7. Het recht op de maandelijkse vergoeding in geval van Onvrijwillig verlies van werk eindigt op de dag waarop de Verzekerde niet langer in een situatie van vergoedbaar Onvrijwillig verlies van werk verkeert, met name in geval van hervatting van een beroepsactiviteit of het verlies van het recht op werkloosheidsuitkering na een beslissing van de bevoegde autoriteit, met inbegrip van weigering van passend werk in de zin van de toepasselijke regelgeving. Het gewone beheer van het persoonlijke vermogen van de Verzekerde wordt voor de toepassing van deze bepaling niet als een beroepsactiviteit beschouwd.
- 2.D.8. In totaal, en zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van de artikelen 2.D.4., 2.D.5. en 2.F.1, heeft elke Verzekerde recht op maximaal 48 maandelijkse vergoedingen gedurende de looptijd van het verzekeringscontract, voor alle gebeurtenissen van Onvrijwillig verlies van werk. In het geval van twee Verzekerden heeft ieder van hen onafhankelijk recht op dit maximum.
- 2.D.9. De verzekeringsprestatie zal worden betaald met uitzondering van achterstallige be-

- talingen, moratoire interest, boetes en overeengekomen vergoedingen, de kosten van aanmaningen en ingebrekestellingen in verband met de Lening op afbetaling.
- 2.D.10. Er is geen dekking wanneer het Onvrijwillig verlies van werk optreedt vóór of tijdens de eerste 30 dagen volgend op de Datum van inwerkingtreding van het verzekeringscontract (Wachtperiode). Voor de toepassing van deze regel van 30 dagen moet de dag waarop de werknemer in kennis is gesteld of een kennisgeving van de beëindiging van de arbeidsovereenkomst heeft ontvangen, in aanmerking worden genomen (en niet met de dag bedoeld in artikel 2.D.4., in fine).

2.D.11. Deze dekking neemt een einde volgens de voorwaarden voorzien in artikel 6.

2.E. ERNSTIGE ZIEKTE

Deze dekking is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- de verzekeringnemer voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden overeenkomstig de bepalingen van artikel 1.4.B. hierboven;
 - deze dekking wordt gekozen door de verzekeringnemer op het polisdocument;
 - de verzekeringnemer heeft het polisdocument ondertekend; en
 - de verzekeringnemer heeft de bijbehorende premie betaald.
- 2.E.1. De dekking Ernstige ziekte kan nooit afzonderlijk worden afgesloten. De dekking Ernstige ziekte kan alleen worden afgesloten in combinatie met de dekking Overlijden.
- 2.E.2. In geval van Ernstige ziekte van de Verzekerde, zoals gedefinieerd in artikel 1.14 van deze Algemene Voorwaarden, vóór de einddatum van de terugbetaling van de Lening, voorziet de verzekering in een vergoeding aan de Verzekerde gelijk aan het Saldo van de Lening op afbetaling, zoals vermeld in de overeenkomst voor de Lening op afbetaling volgens de aflossingstabel van de overeenkomst voor de Lening op afbetaling op het moment van de gebeurtenis. De Maatschappij zal in geen geval meer uitkeren dan het saldo van de Lening op afbetaling waarvoor de verzekering is afgesloten, ongeacht het aantal Verzekerden.
- 2.E.3. De verzekeringsprestatie zal worden betaald met uitzondering van achterstallige betalingen, moratoire interest, boetes en overeengekomen vergoedingen, de kosten van aanmaningen en ingebrekestellingen in verband met de Lening op afbetaling.
- 2.E.4. Het recht op de verzekeringsprestatie gaat in na 30 dagen (Wachtperiode) wanneer één van de Ernstige ziekten die de Verzekerde treft voor het eerst wordt vastgesteld door een arts of specialist tijdens de duur van de dekking zoals bepaald in artikel 5.1, en nadat de Wachtperiode is verstreken.
- 2.E.5. Er is geen dekking in geval van een eerste diagnose van een Ernstige ziekte tijdens de wachttijd.
- 2.E.6. Deze dekking neemt een einde volgens de voorwaarden voorzien in artikel 6.

2.F. PLAFOND VAN DE DEKKING

- 2.F.1. In geval van Overlijden, Ernstige ziekte, Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit of Onvrijwillig verlies van werk, zal het totale bedrag van de verzekeringsprestaties in geen enkel geval het bedrag van 100.000 EUR te boven gaan, ongeacht het aantal Verzekerden. De maximale vergoeding van de Maatschappij voor alle gevallen van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid en Onvrijwillig verlies van werk samen is beperkt tot maximaal 48 maandelijkse uitkeringen per Verzekerde.
- 2.F.2. Onverminderd artikel 2.F.1. hierboven, wordt de dekking tegen het Onvrijwillig verlies van werk opgeschort indien en voor zolang de Verzekerde arbeidsongeschikt is.
- 2.F.3. In geval van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid en/of Onvrijwillig verlies van werk door 2 Verzekerden tegelijkertijd, zal de tussenkomst van de Maatschappij steeds beperkt zijn tot 1 keer het bedrag van de verschuldigde maandelijkse aflossing uit hoofde van de Lening op afbetaling, zoals deze vermeld staat in de overeenkomst voor de Lening op afbetaling, onverminderd de bepalingen van artikelen 2.B.5. en 2.D.5. hierboven.

ARTIKEL 3: TERRITORIAAL TOEPASSINGSGBIED

De verzekering is wereldwijd geldig, op voorwaarde dat de Verzekerde gedomicilieerd is in België.

ARTIKEL 4: UITSLUITINGEN

A. OVERLIJDEN

Er wordt geen verzekeringsprestatie uitgekeerd in geval van Overlijden veroorzaakt, bevorderd of verergerd door of ten gevolge van de volgende gebeurtenissen:

- 4.A.1. Zelfmoord of poging tot zelfmoord, tenzij er meer dan één jaar is verstreken sinds de inwerkingtreding van de verzekering;
- 4.A.2. Moord of poging tot moord op, of opzettelijk toegebrachte verwonding van de Verzekerde door een persoon die een belang heeft bij de verzekeringsuitkeringen van de Maatschappij;
- 4.A.3. Oorlogsgebeurtenissen, burgeroorlog, gewapend conflict, opstanden, burgerlijke onrust, oproer of munitie;
- 4.A.4. Alcoholintoxicatie, dronkenschap, verslaving, druggebruik of gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen of stimulerende middelen anders dan op medisch voorschrift door of van de Verzekerde;
- 4.A.5. Een verkeersongeval indien de Verzekerde de bestuurder van het voertuig was en de wettelijk toegestane alcoholpromille heeft overschreden;
- 4.A.6. Psychische ziekten, depressie, stress, zenuwzinkingen en de gevolgen van dergelijke aandoeningen;
- 4.A.7. Vrijwillige deelname van de Verzekerde aan een misdrijf;
- 4.A.8. Zelf toegebrachte verwondingen;
- 4.A.9. Esthetische ingrepen, tenzij deze het gevolg zijn van een Ongeval dat plaatsvond na de Datum van inwerkingtreding van deze verzekering;
- 4.A.10. Ongeval dat plaatsvond voor de Datum van inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst.

B. TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT

Er wordt geen verzekeringsprestatie uitgekeerd in geval van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid of Blijvende volledige invaliditeit veroorzaakt, bevorderd of verergerd door of ten gevolge van de uitsluitingen vermeld onder de dekking Overlijden in 4.A. hierboven, en als gevolg van de hieronder vermelde gebeurtenissen:

- 4.B.1. Zwangerschap, tenzij de ongeschiktheid of invaliditeit het gevolg is van complicaties van de zwangerschap;
- 4.B.2. Een rugletsel dat niet door röntgenfoto's of scans is aangetoond.
- ### C. ONVRIJWILLIG VERLIES VAN WERK
- Geen verzekeringsprestatie is verschuldigd ingeval van Onvrijwillig verlies van werk omwille van of als gevolg van het volgende:
- 4.C.1. Opzegging of verbreking van de arbeidsovereenkomst door de werkgever wegens gewichtige redenen die betrekking hebben op de werknemer;

- 4.C.2. Opzegging of verbreking van de arbeidsovereenkomst door de werkgever op grond van een onherroepelijke gerechtelijke veroordeling van de werknemer tot een vrijheidsstraf;
- 4.C.3. Opzegging of verbreking van de arbeidsovereenkomst door de werkgever die het gevolg is van een foutieve houding van de Verzekerde;
- 4.C.4. Ontslag of opzegging van de arbeidsovereenkomst door de werkgever of ongedigheid van de arbeidsovereenkomst om een precontractuele reden (zoals het opzettelijk verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie, of bewust weglaten of verwijzen van relevante informatie);
- 4.C.5. Beëindiging van een arbeidsovereenkomst of een aanstelling in openbare dienst van bepaalde duur;
- 4.C.6. Weigering door de Verzekerde van een passende vervangende betrekking, zijnde een betrekking in het vakgebied, de opleiding of ervaring van de Verzekerde;
- 4.C.7. Ernstige fout, grove nalatigheid dan wel opzet van de Verzekerde of de begunstigde;
- 4.C.8. Alcoholintoxicatie, dronkenschap, verslaving, drugsgebruik of gebruik van geneesmiddelen, verdovende of stimulerende middelen anders dan op medisch voorschrift;
- 4.C.9. Oorlogen, gewapende conflicten, burgeroorlog, opstand, oproer en munitie;
- 4.C.10. Specifieke werkgerelateerde omstandigheden, bijvoorbeeld seizoensarbeid, vorstverlet, (betaalde of onbetaalde) feestdagen;
- 4.C.11. Arbeidsongeschiktheid wegens omstandigheden waarvoor de Maatschappij haar tussenkomst op grond van deze voorwaarden heeft geweigerd en waarvoor de Verzekerde aldus geen recht heeft op tussenkomst door de Maatschappij.

D. ERNSTIGE ZIEKTE

Er wordt geen verzekeringsprestatie uitgekeerd in geval van Ernstige ziekte ten gevolge van de volgende gebeurtenissen. Indien u bezwaar maakt tegen een verzoek tot medisch onderzoek door de medisch adviseur van de Verzekeraar, wordt het recht van de Verzekerde op uitkeringen onmiddellijk ingetrokken, zoals nader bepaald in artikel 12:

- 4.D.1. De initiële diagnose van de Ernstige ziekte wordt gesteld voor de Datum van inwerkingtreding van de overeenkomst, zoals bepaald in artikel 5.1, of gedurende de Wachtperiode.
- 4.D.2. De gediagnosticeerde ziekte valt niet onder de lijst van Ernstige ziekten zoals opgenomen in artikel 1.14, of is het directe of indirecte gevolg van een aandoening waarvoor de Verzekerde eerder behandeling heeft ontvangen of waarvan de Verzekerde vóór de Datum van inwerkingtreding op de hoogte was.

E. VERZEKERINGSPRESTATIES NA EEN NIET-GEDEKT RISICO

- 4.E.1. Onder voorbehoud van artikel 8.3 zal de Maatschappij in het geval van Overlijden van de Verzekerde wegens een niet-gedekt risico de verzekeringsprestatie in geval van Overlijden uitbetalen ten belope van de theoretische afkoopwaarde (d.w.z. de reserve die wordt gevormd door kapitalisatie van de betaalde premies verminderd met de bedragen die zijn gebruikt voor de dekking van het risico) op het moment van Overlijden, behalve wanneer het Overlijden het gevolg is van opzet.

ARTIKEL 5: DATUM VAN INWERKINGTREDING EN DUUR

- 5.1. Het verzekeringscontract komt tot stand zodra de voorafgetekende polis is ondertekend door de Verzekeringnemer (of, in het geval van een overeenkomst op afstand – bijvoorbeeld wanneer de verzekering telefonisch wordt afgesloten – zodra CNPSI de aanvaarding door de Verzekeringnemer ontvangt). De verzekeringsdekking treedt in werking ("Datum van inwerkingtreding") en de dekkingsperiode begint op de datum waarop de lening wordt toegekend, op voorwaarde dat CNPSI de door de Verzekeringnemer ondertekende polis heeft ontvangen (of de aanvaarding van de Verzekeringnemer heeft geregistreerd indien het contract telefonisch is afgesloten) en dat de premie is betaald, onverminderd toepassing van de Wachtperiode en de Carenttermijn. Indien de Verzekeraar de voorafgetekende polis die door de Verzekeringnemer correct werd ondertekend niet ontvangt, of indien de Verzekeringnemer de premie niet betaalt, wordt het contract automatisch geacht nietig en van rechtswege te zijn, zonder verdere handelingen van de Verzekeraar en zonder enig recht op dekking of uitkeringen. De dekkingsperiode eindigt zoals gespecificeerd in artikel 6 hieronder.
- 5.2. De duur van de verzekering komt overeen met de looptijd van de Lening op afbetaling en wordt bevestigd in de verzekeringspolis, met dien verstande dat de maximale looptijd van de overeenkomst (inclusief verlengingen) 120 maanden bedraagt.
- 5.3. **Overeenkomst op afstand** - Deze algemene voorwaarden vormen ook een commerciële informatiebrochure in het kader van verkoop op afstand. In het kader van onze precontractuele en contractuele relatie en met het oog op het opstellen van de overeenkomst kiest de verzekeringnemer zijn of haar taal. De Verzekeringnemer heeft te allen tijde tijdens de contractuele relatie het recht om op verzoek de contractuele voorwaarden op papier te ontvangen. De overeenkomst kan niet in werking treden vóór het einde van de herroepingstermijn zoals beschreven in artikel 6.3, tenzij uitdrukkelijk overeengekomen door de Verzekeringnemer.

ARTIKEL 6: OPZEGGING, BEËINDIGING, AFKOOP, OMZETTING, VERMINDERING EN EINDE VAN DEKKING

- 6.1. Overeenkomstig artikel 57, §3 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen kan de Verzekeringnemer, op een van de in artikel 6.7 vermelde wijzen, de overeenkomst beëindigen binnen 30 dagen na de Datum van inwerkingtreding of binnen 30 dagen nadat de Verzekeringnemer ervan op de hoogte werd gebracht dat de lening niet werd toegekend. Een dergelijke beëindiging gaat onmiddellijk in op het moment van de kennisgeving van de beëindiging. In dat geval zal CNPSI de reeds betaalde premies (indien van toepassing) voor de verzekeringsperiode na de datum van ingang van de opzegging terugbetalen, binnen 30 dagen na ontvangst van de kennisgeving van opzegging door de Maatschappij.
- 6.2. CNPSI kan de overeenkomst binnen 30 dagen na ontvangst van de voorafgetekende polis beëindigen op een van de in artikel 6.7 beschreven wijzen, waarbij de opzegging 8 dagen na kennisgeving aan de Verzekeringnemer van kracht wordt.
- 6.3. Overeenkomst op afstand - Overeenkomstig artikel 57, § 5 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, kunnen zowel de Verzekeringnemer als CNPSI, indien de overeenkomst op afstand werd gesloten, op een van de in artikel 6.7 vermelde wijzen, de overeenkomst zonder boete en zonder verplichte opgave van redenen opzeggen binnen een termijn van 30 dagen na de dag waarop de Verzekeringnemer door CNPSI op de hoogte is gesteld van de sluiting van de verzekeringsovereenkomst of na de dag waarop de Verzekeringnemer de contractuele voorwaarden en alle andere aanvullende informatie heeft ontvangen (indien deze dag later valt) waarbij de opzegging van kracht wordt vanaf de kennisgeving ervan indien betekend door de verzekeringnemer en 8 dagen na de kennisgeving

ervan indien betekend door de Maatschappij. U kunt het volgende model gebruiken: "Ik, ondergetekende [naam, voornaam], woonachtig te [adres van de verzekeringnemer], deel hierbij mee dat ik de verzekeringspolis nr. [polisnummer vermeld op de vooraf ondertekende polis], die ik op [datum van inschrijving] via Santander Consumer Finance SA, Belgische bijkantoor, heb afgesloten, opzeg. [Datum] (Handtekening van de verzekeringnemer)". Indien de overeenkomst door de Verzekeringnemer of CNPSI wordt opgezegd en de uitvoering van de overeenkomst reeds is begonnen (onverminderd het bepaalde in artikel 5.3, laatste zin), is de Verzekeringnemer gehouden tot betaling van de premie pro rata de periode waarin reeds dekking is verleend. Dit is een vergoeding voor de reeds verleende diensten. Met uitzondering van de betaling voor de reeds geleverde diensten, betaalt CNPSI alle bedragen terug die zij van de verzekeringnemer heeft ontvangen in overeenstemming met deze overeenkomst. Hiervoor beschikt zij over een termijn van 30 kalenderdagen, te rekenen vanaf:

- wanneer de Verzekeringnemer opzegt, vanaf de dag waarop CNPSI de opzegging ontvangt;

- wanneer CNPSI opzegt, vanaf de dag waarop zij de opzegging verstuurt.

- 6.4. De verzekeringnemer heeft op elk moment het recht het contract om te zetten (d.w.z. een aanpassing en voortzetting van het contract voor een verminderd Verzekerd bedrag), te verminderen (d.w.z. het contract aan te passen en voor te zetten met verminderde voordelen) of af te kopen (d.w.z. het contract te beëindigen met betaling van een eventuele afkoopwaarde). In ieder geval, indien het contract voorziet in een eenmalige premie, heeft de verzekeringnemer geen recht op omzetting of op vermindering. De afkoop dient te worden verzocht door de verzekeringnemer overeenkomstig artikel 6.7. De verzekeringnemer moet het verzoek schriftelijk aan de Maatschappij richten en het document moet gedateerd en ondertekend zijn. De afkoopwaarde is gelijk aan de theoretische afkoopwaarde berekend op de datum van het schriftelijke verzoek en is de waarde van het verzekeringscontract op het moment van opzegging, zijnde de premie die is betaald voor dekking na de opzeggingsdatum. Als de uitkering wordt aanvaard, is de uitoefening van het recht op terugkoop onderworpen aan de toestemming van de begunstigde.
- 6.5. De verzekeringnemer kan, op schriftelijk verzoek, zijn/haar lopend verzekeringscontract opnieuw in werking stellen binnen de 3 maanden volgend op de betaling van de afkoopwaarde, onder voorbehoud van terugbetaling van de afkoopwaarde. De Maatschappij heeft het recht om de inwerkingstelling van het contract afhankelijk te maken van een risicoselectie waarvan de kosten ten laste van de verzekeringnemer vallen.

6.6. In geval van een vervroegde terugbetaling van een lening, zal de Maatschappij de verzekeringspremie proportioneel terugbetalen.

6.7. Formaliteiten. In alle gevallen van beëindiging moet de opzeggingsbrief per aangekonde post worden verzonden, door een gerechtsdeurwaarder worden bezorgd of persoonlijk worden overhandigd in ruil voor een ontvangstbewijs. Indien de aangekonde brief elektronisch wordt verzonden, moet het gaan om een gekwalificeerde dienst voor elektronisch aangetekende bezorging in de zin van artikel 3.37 van Verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt.

Contactgegevens die door de verzekeringnemer moeten worden gebruikt:

Santander Consumer Finance S.A.

Bijkantoor in België

Guldensporenpark 81

9820 Merelbeke

09 235 51 13

E-mail: cct@santander.be

6.8. Onverminderd de bepalingen met betrekking tot de beëindiging en opzegging van de verzekeringsovereenkomst elders in deze voorwaarden, eindigt de dekking automatisch en zonder enige formaliteit en zonder terugbetaling van premie:

Bepalingen voor alle dekkingen:

- Op de datum waarop de overeenkomst voor de Lening op afbetaling wordt beëindigd of op de datum waarop deze afloopt;
- Op de dag waarop de Verzekeringnemer en de Maatschappij zijn overeengekomen om de dekking te beëindigen;
- Op de oorspronkelijk overeengekomen datum waarop de Lening op afbetaling zou aflopen, zelfs als de Lening op afbetaling om welke reden dan ook voortduurt, zoals, maar niet beperkt tot, het toekennen van een aanvullend krediet aan de verzekerde;
- Op de dag van uitkering van de vergoeding die overeenkomt met het openstaande saldo van de lening.
- De dag waarop de Maatschappij, binnen dertig dagen na de verzekeringsdienst of na de weigering van dekking, de Verzekerde per aangetekende brief meedeelt dat zij het risico niet langer wenst te verzekeren.

Aanvullende bepalingen specifiek voor Overlijden:

- Op de dag waarop de Verzekerde 75 jaar wordt; indien er een tweede Verzekerde is loopt de overeenkomst tot de tweede Verzekerde 75 jaar wordt.
- In geval van overlijden van een Verzekerde, tenzij er twee Verzekerden zijn en de Maatschappij op grond van deze voorwaarden niet verplicht is om het saldo van de Lening op afbetaling, evenals de rente, terug te betalen volgens de aflossingstabel van de Lening op afbetaling. In het laatste geval blijft de dekking voor de andere verzekerde gehandhaafd;

Aanvullende bepaling specifiek voor alle aanvullende dekkingen:

- De dag waarop de basisdekking Overlijden wordt beëindigd.

Aanvullende bepalingen specifiek voor Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, Blijvende volledige invaliditeit en Onvrijwillig verlies van werk, met als gevolg het einde van de aanvullende dekkingen maar niet het einde van de basisdekking Overlijden:

- De dag waarop de verzekerde met pensioen gaat of een pensioen ontvangt.
- De dag waarop de Verzekerde vrijwillig stopt met werken (loopbaanonderbreking, sabbatical en ontslag door de werknemer, behalve in de situatie bedoeld in artikel 2.D.4.2. hierboven, waarin Onvrijwillig verlies van werk nog steeds van toepassing is) of vrijwillig overschakelt naar een werkregeling van minder dan 16 uur per week.

ARTIKEL 7: VOORSCHOTTEN OP DE VERZEKERINGSUITKERING EN WINSTDELING

De Maatschappij kent voor deze overeenkomst geen voorschotten op verzekeringsuitkeringen toe. De Maatschappij kent voor deze overeenkomst geen winstdeling toe.

ARTIKEL 8: BETALING VAN DE PREMIE

- 8.1. Betaling van de premie is niet verplicht. Bij uitblijven van betaling zal de verzekeringsovereenkomst niet in werking treden.
- 8.2. De eenmalige verschuldigde premie, inclusief verzekeringstaksen, is aangegeven op het polisdocument.
- 8.3. Deze eenmalige premie is volledig verschuldigd bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking vanaf de betaling van de premie. Bij een eventuele terugbetaling van de premie om wat voor reden dan ook, is de Maatschappij nooit verplicht om meer terug te betalen dan het overeenkomstig de volgende formule berekende premiegedeelte voor de nog resterende contractuele looptijd: $\frac{((n \times x \times (n + 1)) / ((t \times (t + 1))) \times p}{n}$, waarbij n gelijk staat aan het aantal maanden gelegen tussen het moment van de vervroegde beëindiging en de contractuele einddatum van de verzekeringsovereenkomst, t aan de totale contractuele looptijd van de verzekeringsovereenkomst in maanden en p aan het totale bedrag van de premie zoals deze vermeld staat op het polisdocument, met uitzondering van de opzegging overeenkomstig artikelen 6.1. en 6.2 hierboven. In deze laatste twee gevallen zal de Maatschappij de betaalde premie terugbetalen.

ARTIKEL 9: VERPLICHTE VERKLARINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

- 9.1. Deze verzekeringsovereenkomst wordt te goeder trouw afgesloten op basis van de door de verzekeringnemer verstrekte inlichtingen. Bij het afsluiten, het verhogen of het weer in werking stellen van de dekkingen, moet de verzekeringnemer de Maatschappij eerlijk en zonder verzwijging in kennis stellen van alle informatie waarvan hij kennis heeft en die hij die redelijkerwijs beschouwd kan worden als informatie die relevant kan zijn met betrekking tot de door de Maatschappij verzekerde risico's. De Maatschappij kan alle inlichtingen eisen die zij nodig acht.
- 9.2. In geval van onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijk onjuiste verklaringen en indien de Maatschappij de dekking zou geweigerd hebben mocht ze over de juiste informatie beschikt hebben, kan de Maatschappij de overeenkomst opzeggen. De reeds betaalde premies worden in dat geval teruggestort aan de verzekeringnemer.
- 9.3. Elk bedrag, opzettelijke verzwijging of opzettelijk onjuiste verklaring maakt de verzekeringsovereenkomst ongeldig. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de Maatschappij hiervan kennis krijgt, worden terugbetaald aan de verzekeringnemer.
- 9.4. Voor de dekking Overlijden, en behalve in het geval van fraude, opzettelijke verzwijging of opzettelijk onjuiste verklaringen, is deze verzekeringsovereenkomst onbetwistbaar vanaf 1 jaar na de datum van ondertekening van de verzekeringsovereenkomst.

ARTIKEL 10: VERPLICHTINGEN VAN DE BEGUNSTIGDE BIJ OVERLIJDEN VAN DE VERZEKERDE

In geval van overlijden is de Begunstigde verplicht de volgende documenten aan de Verzekeraar te bezorgen, ter aanvulling van het schadeformulier:

- 10.1. Een kopie van de overlijdensakte van de Verzekerde.
- 10.2. Een door een arts ingevuld formulier met vermelding van de doodsoorzaak (onderdeel van het schadeformulier).
- 10.3. In geval van betaling van een vergoeding moeten Begunstigden een ingevulde vragenlijst voor politiek prominente personen (PEP), een betalingsformulier en een kopie van hun identiteitskaart of paspoort indienen.

ARTIKEL 11: VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE BIJ TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT

In geval van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid en Blijvende volledige invaliditeit is de Verzekerde verplicht:

- 11.1. dit zo spoedig mogelijk, middels het aan te vragen schadeformulier, te melden aan de Maatschappij;
- 11.2. een medische verklaring bij het schadeformulier te voegen;
- 11.3. in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid en zodra deze langdurige periode een volledige maand overschrijdt, het door de Maatschappij verstrekte verlengingsformulier terug te sturen naar de Maatschappij, vergezeld van een medisch attest dat deze verlenging bevestigt;
- 11.4. de vertegenwoordigers van de Maatschappij te ontvangen en hen te helpen bij hun bevindingen;

ARTIKEL 12: VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE BIJ ERNSTIGE ZIEKTE

In geval van een Ernstige ziekte is de Verzekerde verplicht om:

- 12.1. dit zo snel mogelijk en uiterlijk binnen 90 dagen na de diagnose aan de Maatschappij te melden door het invullen van het schadeformulier door de Verzekerde.
- 12.2. een medisch ontslagrapport te verstrekken waarin de diagnose van de Ernstige ziekte wordt bevestigd;
- De Maatschappij behoudt zich tevens het recht voor om aanvullend bewijs te vragen en, indien nodig, de Verzekerde op kosten van de Maatschappij door te verwijzen voor een medisch onderzoek door de medisch adviseur van de Maatschappij. De onderzoekende arts zal met de Verzekerde een datum voor het onderzoek afspreken, dat in aanwezigheid van de eigen arts van de verzekerde kan worden uitgevoerd (op kosten van de Verzekerde). In ieder geval machtigt de Verzekerde door ondertekening van de polis zijn/haar behandelend arts om de medisch adviseurs van de verzekeraar alle relevante informatie te verstrekken die zij hebben over de gezondheidstoestand van de Verzekerde. De nodige maatregelen moeten worden genomen om ervoor te zorgen dat de vertegenwoordigers van de Maatschappij contact kunnen opnemen met de Verzekerde, dat de Verzekerde te allen tijde door artsen kan worden geraadpleegd en dat de Maatschappij alle taken kan uitvoeren die hij nodig acht. Indien de Verzekerde buiten België woont, worden de uitkeringen betaald indien de bovengenoemde controles zonder buitengewone kosten of moeilijkheden kunnen worden uitgevoerd. Als de Verzekerde deze bepaling overtreedt of in geval van fraude of poging tot fraude door de Verzekerde, zal de Maatschappij genooddacht zijn het recht op vergoedingen in te trekken en behoudt hij zich het recht voor om terugbetaling te eisen van alle ten onrechte door hem betaalde bedragen, tenzij wordt aangetoond dat de niet-naleving van deze bepaling te wijten is aan overmacht of dat deze de Maatschappij geen schade heeft berokkend, behalve in gevallen van frauduleuze opzet.

ARTIKEL 13: VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE BIJ ONVRIJWILLIG VERLIES VAN WERK

- In geval van Onvrijwillig verlies van werk is de Verzekerde verplicht:
- 13.1. dit zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen de acht dagen, te melden aan de Maatschappij, middels het aan te vragen schadeformulier;
 - 13.2. In geval van verlengde Verlies van werk en zodra de verlengde termijn langer is dan één volledige maand, moet de verzekeringsnemer het door de Maatschappij geleverde verlengingsformulier terugsturen ;
 - 13.3. zich te houden aan de instructies van de overheidsinstanties voor arbeidsbemiddeling en tewerkstelling;
 - 13.4. al het mogelijke te doen en niets na te laten om een nieuwe tewerkstelling te vinden, en zich bovenal in te schrijven bij de relevante instanties voor arbeidsbemiddeling en tewerkstelling als werkzoekende en als dusdanig ingeschreven te blijven en beschikbaar te blijven voor de arbeidsmarkt, wat inhoudt dat hij of zij elke passende dienstbetrekking moet aanvaarden;
 - 13.5. alle gewenste informatie en documenten, met inbegrip van documenten die de werkloosheids- of inschakelingsuitkering staven, te verstrekken op eenvoudig verzoek van de Maatschappij of de Schadebeheerder. De verzekeringnemer geeft hierbij toestemming aan de Maatschappij om deze documenten rechtstreeks bij de betrokken instanties op te vragen;
 - 13.6. de Maatschappij/en of de tussenpersonen onmiddellijk op de hoogte te brengen wanneer hij/zij een nieuwe betrekking heeft gevonden, zelfs indien deze tewerkstelling niet beantwoordt aan de criteria opgenomen in artikel 1.4.C.2. hierboven.

ARTIKEL 14: VASTSTELLING EN BETALING VAN DE VERZEKERINGSPRESTATIE BIJ OVERLIJDEN, ERNSTIGE ZIEKTE, TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID, BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT EN ONVRIJWILLIG VERLIES VAN WERK

- 14.1. In geval van overlijden van de Verzekerde dient de Maatschappij binnen één maand na het overlijden hiervan in kennis te worden gesteld. Nadat de Maatschappij het volledig ingevulde schadeformulier en het ingevulde medisch attest, evenals een kopie van de overlijdensakte afgeleverd door de Burgerlijke Stand en de documenten met betrekking tot de Begunstigde (ingevulde vragenlijst inzake Politiek Prominente Personen (PEP), betalingsformulier en kopie van de identiteitskaart of het paspoort) heeft ontvangen, enmits aan alle voorwaarden van de verzekering is voldaan, wordt de verzekeringsuitkering uitbetaald.
- 14.2. In geval van Ernstige ziekte van de Verzekerde zal de Maatschappij de verzekeringsuitkering betalen, op voorwaarde dat aan de voorwaarden voor tussenkomst is voldaan en dat de Verzekerde alle verplichtingen uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst is nagekomen, met inbegrip van de medische onderzoeken zoals voorzien in artikel 12.
- 14.3. Gedurende de periode van Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid en Blijvende volledige invaliditeit van de Verzekerde worden de omvang van de verzekeringsuitkering en de periode waarvoor deze van toepassing is, voor wat betreft de dekking Tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid, door de Maatschappij vastgesteld op basis van de informatie verstrekt door artsen en andere deskundigen die door de Maatschappij zijn aangesteld. Na ontvangst van de informatie, wordt de Verzekerde hiervan in kennis gesteld. De Verzekerde wordt geacht het standpunt van de Maatschappij te hebben aanvaard indien hij/zij niet binnen dertig dagen bezwaar maakt tegen dit standpunt.
- 14.4. De Maatschappij heeft het recht een kopie te bewaren van de hierboven vermelde documenten.
- 14.5. In geval van Onvrijwillig verlies van werk worden de door de Maatschappij verschuldigde verzekeringsvergoedingen maandelijks uitbetaald, na vaststelling van het Onvrijwillig verlies van werk.

Zodra de verzekeringsvergoeding opeisbaar is geworden, zal de Maatschappij deze zo spoedig mogelijk uitbetalen nadat zij het volledig ingevulde schadeformulier en de vereiste stavingstukken heeft ontvangen.

ARTIKEL 15: MEDISCHE GESCHILLEN

In geval van een geschil zullen de letsels van de Verzekerde, de ernst en de duur ervan alsmede de mate van arbeidsongeschiktheid worden erkend door twee artsen, waarvan er één wordt aangewezen door de Verzekerde of de erfgenamen van de Verzekerde in geval van overlijden, en de andere door de Maatschappij. Elke partij betaalt het honorarium van zijn/haar arts. Als er een verschil is tussen de twee adviezen, zal een derde arts worden aangewezen wiens honorarium en kosten door beide partijen zullen worden gedeeld. De artsen zullen een raad vormen op basis van een meerderheid van stemmen, zonder de wettelijke formaliteiten. Hun besluit heeft voorrang en is onherroepelijk. Indien geen overeenstemming wordt bereikt over de keuze van een derde arts, wordt op verzoek van de meest gerede partij een derde arts aangewezen door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de Verzekerde.

ARTIKEL 16: TOEPASSELIJK RECHT EN BEVOEGDE RECHTBANKEN

- 16.1 Deze overeenkomst is onderworpen aan het Belgische recht.
- 16.2 Geschillen en klachten die voortvloeien uit deze overeenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Maatschappij, met vermelding van het polisnummer. De Maatschappij zal zo spoedig mogelijk reageren op de geschillen, klachten of vragen die zijn voorgelegd aan:
Office address:
CNP Santander Insurance, 3 Park Place, Hatch Street, Dublin 2, D02 FX65, Ireland
E-mail address:
contact@cnp Santander.be
- 16.3 Indien de Verzekerde geen genoegen neemt met de behandeling van zijn of haar vraag of klacht door de Maatschappij, kunnen klachten worden voorgelegd aan de Ombudsman van de Verzekeringen, Square de Meeûs 35, bte 6 à 1000 Brussel, www.ombudsman-insurance.be. Dit doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure aan te spannen.
- 16.4 Alle geschillen die voortvloeien uit deze overeenkomst behoren tot de exclusieve bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

ARTIKEL 17: VERVAL EN VERJARING

- 17.1 Binnen de grenzen van de wettelijke bepalingen terzake, is geen enkele verzekeringsprestatie verschuldigd en mag de Maatschappij de terugbetaling eisen van de ten onrechte betaalde verzekeringsprestaties in het geval de Verzekerde of zijn/haar nabestaanden de verplichtingen of de termijnen voorzien in de overeenkomst

niet heeft/hebben nageleefd. Indien de Verzekerde het schadegeval met aanzienlijke vertraging aanmeldt en deze vertraging de Maatschappij schade berokkent, kan de Maatschappij de verzekeringsprestatie verminderen met het bedrag van de door haar geleden schade. Indien de Verzekerde de aangifte van schade met bedrieglijk opzet indient, kan de Maatschappij de dekking weigeren.

- 17.2 De Maatschappij zal in geen enkel geval ertoe gehouden zijn om interesten te betalen voor prestaties die uitgekeerd worden na de datum van opeisbaarheid indien de prestatie wordt uitgekeerd binnen een redelijke termijn na vaststelling van het feit dat de verzekeringsprestatie verschuldigd is.
- 17.3 Alle vorderingen tegen de Maatschappij die voortvloeien uit onderhavige overeenkomst verjaren na verloop van drie jaar te rekenen vanaf de dag van het voorval dat het vorderingsrecht doet ontstaan, behoudens de wettelijke bepalingen inzake de stuiting of de schorsing van de verjaring.

ARTIKEL 18: BESCHERMING VAN PERSOONSGEGEVENS

Zie de verklaring betreffende de bescherming van persoonsgegevens die als bijlage bij deze voorwaarden is gevoegd. Deze verklaring maakt integraal deel uit van deze algemene voorwaarden.

ARTIKEL 19: BELANGENCONFLICTEN

- 19.1. De Maatschappij heeft bepaalde situaties geïdentificeerd waarin zich in het kader van haar dienstverlening eventueel belangenconflicten zouden kunnen voordoen tussen de belangen van een cliënt, de belangen van de Maatschappij (met inbegrip van haar bestuurders, werknemers, niet-verbonden agenten, enz.) of de belangen van een andere cliënt.
- 19.2. De Tussenpersoon ontvangt een commissievergoeding van de Maatschappij voor de diensten die worden verleend als verzekerings-tussenpersoon. Deze vergoeding kan bestaan uit (i) een basisvergoeding per afgesloten overeenkomst en/of per onderschreven dekking, (ii) een basisvergoeding gebaseerd op de gerealiseerde verzekeringspremie, (iii) een stimuleringsvergoeding voor het behoud van de portefeuille en klantentevredenheid welke maandelijks wordt berekend op basis van het behoud van de portefeuille en het klantentevredenheidspercentage ; of (iv) een combinatie van de voorgaande vergoedingen.
De Tussenpersoon zal nooit rechtstreeks aan de Verzekerde een vergoeding vragen of ontvangen. Bovendien zal de Tussenpersoon bij de uitvoering van diens opdrachten als agent steeds waarborgen dat de toegepaste commissievergoeding hem steeds in staat stelt om zich op loyale, billijke en professionele wijze in te zetten voor de belangen van de Verzekeringnemer.
- 19.3 Banco Santander, de moeder vennootschap van de Tussenpersoon, bezit een deelneming van 49% in de Maatschappij.

ARTIKEL 20: DIVERSE BEPALINGEN

- 20.1. De eventuele ongeldigheid van (een gedeelte van) een van de artikelen uit deze voorwaarden, brengt niet de ongeldigheid van de volledige overeenkomst met zich mee. Partijen zullen alle inspanningen leveren om (het betroffen gedeelte van) dit artikel te vervangen door een geldig artikel met dezelfde strekking.
- 20.2. Bij de bepaling van het tarief voor de dekking van het risico, houdt de Maatschappij rekening met segmenteringscriteria. Om de voorwaarden te bepalen die zullen gelden bij aanvang van de overeenkomst, houdt de Maatschappij rekening met de volgende criteria:
 - Het bedrag van de Lening op afbetaling;
 - De duur van de Lening op afbetaling;De Maatschappij houdt er rekening mee dat in de toekomst dezelfde criteria een impact kunnen hebben op de contractvoorwaarden.
- 20.3. Het tarief is gewaarborgd tijdens de volledige duur van de overeenkomst.
- 20.4. De verzekeringsovereenkomst geeft geen aanleiding tot enig belastingvoordeel op betaalde premies. Wat de successierechten betreft, zijn de Belgische fiscale wetten en reglementeringen van toepassing. Alle huidige of toekomstige belastingen of heffingen die van toepassing zijn op de verzekeringsovereenkomst of verschuldigd zijn in verband met de uitvoering ervan, zijn ten laste van de verzekeringnemer.