Conditions générales

Hypo Care
Hypo Care +

Version	**005**
Date	**01 septembre 2025**

NN Insurance Belgium SA
Avenue Fonsny 38
B-1060 Bruxelles

Sommaire

1. Dans ces conditions générales, qu'entend-on par … ? 4

2. Quelle couverture d'assurance le présent contrat prévoit-il ? 6

3. Sur base de quels renseignements accordons-nous la couverture ? 7

4. Où le présent contrat est-il valable ? 7

5. Tous les évènements sont-ils couverts ? 8

6. Qu'en est-il en cas de terrorisme ? 9

7. La couverture prend-elle effet immédiatement ? 10

8. Pouvez-vous souscrire ce contrat autant que non-résident ? 10

9. Quand et comment devez-vous payer la prime ? 11

10. Comment le bénéficiaire est-il désigné ? 11

11. Comment se déroulent la déclaration de décès et l'indemnisation ? 11

12. Pouvez-vous résilier le contrat ? 12

13. Avez-vous le droit à la mise en réduction votre contrat ? 13

14. Avez-vous le droit de racheter votre contrat ? 13

15. Pouvez-vous demander que votre contrat soit remis en vigueur? 13

16. Qu'advient-il si vous ne payez plus les primes ? 13

17. La prime 14

18. Pouvez-vous céder les droits du présent contrat à un tiers ? 14

19. Qu'advient-il si vous décédez avant l'assuré(e) ? 14

20. Que se passe-t-il si vous remboursez de manière anticipée le prêt pour lequel cette assurance sert de garantie ? 14

21. Comment pouvez-vous communiquer avec nous ? 14

22. Pouvons-nous modifier les présentes conditions générales ? 14

23. Fonds de garantie pour les services financiers 15

24. Quel est le droit applicable ? 15

25. Responsabilité extracontractuelle des parties et de leurs auxiliaires ? 15
26. Comment pouvez-vous introduire une plainte relative à nos contrats ? 15
27. Quelle est notre position face à d'éventuels conflits d'intérêts ? 16
28. Où puis-je trouver d'autres documents ? 16
Annexe : Protection de la vie privée 17

Conditions générales
Hypo Care
Hypo Care +

1. Dans ces conditions générales, qu'entend-on par … ?

"Le contrat"
NN vous propose certaines couvertures d'assurance. Les principes de ces couvertures, qui s'appliquent à tous les clients, sont décrits dans les conditions générales. Les éléments de ces couvertures qui s'appliquent spécifiquement à vous sont décrits dans les conditions particulières.

Les conditions générales et particulières (ainsi que des éventuels avenants à celles-ci) forment ensemble le contrat. Les Conditions Particulières prévalent sur les Conditions Générales.

"Nous"
NN, la compagnie d'assurances

"Vous"
Le preneur d'assurance. La personne qui a souscrit l'assurance.

"L'assuré(e)"
La personne dont le risque de décès fait l'objet du présent contrat et qui est mentionnée dans les conditions particulières. Il peut aussi s'agir de plusieurs personnes. Toutefois, pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours "l'assuré(e)".

"Le bénéficiaire"
La personne à laquelle est versé un capital en cas de décès de l'assuré(e). Il peut aussi s'agir de plusieurs personnes. Toutefois, pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours "le bénéficiaire".

"Le capital assuré"
Le montant mentionné dans les conditions particulières que nous versons au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré(e), sous déduction des éventuelles retenues légales obligatoires. Le capital assuré évolue dans le temps comme mentionné dans les conditions particulières. Toutefois, pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours "le capital assuré".

"La prime"
Le montant que vous devez payer pour que nous puissions accorder la couverture. Il peut s'agir de différents montants. Pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours "la prime".

"Auxiliaire"

Toute personne physique ou morale chargée par le débiteur d'une obligation contractuelle de l'exécution totale ou partielle de cette obligation. Cela inclut notamment les administrateurs, les dirigeants, les employés, les agents et les prestataires de services indépendants de ce débiteur ou agissant pour son compte.

2. Quelle couverture d'assurance le présent contrat prévoit-il ?

Dans le cas d'un contrat Hypo Care :

Le contrat couvre le risque que l'assuré(e) décède avant la date d'échéance mentionnée dans les conditions particulières. Si l'assuré(e) décède avant cette date, nous versons le capital net assuré au bénéficiaire. Ce capital net est égal au capital assuré sous déduction des éventuelles retenues légales obligatoires.

Dans l'hypothèse où deux assuré(e)s sont désignés, le capital (net) assuré est payé au décès de l'un des assuré(e)s survenu avant la date d'échéance mentionnée dans les conditions particulières. Le contrat prend alors fin sans que cela ne donne lieu à une indemnisation supplémentaire en cas de décès du 2ème assuré. En cas de décès simultanés, nous partons du principe que c'est l'assuré(e) le plus âgé qui est décédé le premier.

Dans l'hypothèse où deux assurés sont désignés, s'il est mis fin prématurément au contrat (sauf si c'est suite au décès de l'un des assuré(e)s), la couverture peut être poursuivie à titre individuel pour les deux (ou l'un des deux assuré(e)s. Cette modification donne lieu à un nouveau contrat (aux tarifs en vigueur au moment de la modification et moyennant le maintien des capitaux assurés et de la date d'échéance de la couverture), sans que cela ne requiert de nouvelles formalités médicales. Pour qu'une telle modification puisse être actée, vous devez nous en faire la demande écrite dans les 30 jours qui suivent la résiliation du contrat original sur 2 têtes.

Le présent contrat ne donne pas droit à de la participation bénéficiaire.

Dans le cas d'un contrat Hypo Care + :

Le contrat couvre le risque que l'assuré(e) décède avant la date d'échéance mentionnée dans les conditions particulières. Si l'assuré(e) décède avant cette date, nous versons le capital net assuré au bénéficiaire. Ce capital net est égal au capital assuré sous déduction des éventuelles retenues légales obligatoires.

En outre, tant que le contrat court, l'assuré(e) a droit à un examen médical trisannuel dont le coût est à notre charge. Cet examen peut être réalisé pour la première fois au plus tôt à partir de la 3 -ème année civile suivant l'année de souscription du présent contrat. Notre intervention dans ces frais est toutefois limitée à un montant de 50,00 EUR par examen médical (indexé sur base de l'indice santé ; base 2013 = 100). Les modalités et la procédure à suivre sont reprises dans la fiche produit "Hypo care+", qui se trouve sur notre site internet www.nn.be sous la rubrique "documents légaux" et qui peut être obtenue sur simple demande. Les résultats de cet examen sont personnels et ne doivent être communiqués ni à nous, ni à notre médecin conseil.

Votre assurance inclus un service de soutien psychologique pour les bénéficiaires naturels (héritiers et/ou membres survivants de la famille). Il est disponible sur base volontaire auprès d'un prestataire sélectionné par NN. Un budget de 850 euros TVAC est prévu par assuré décédé et sera pris en charge par NN directement. Ce service ne peut être utilisé que dans les conditions mentionnées et le budget ne peut pas être converti ni versé aux bénéficiaires.

Dans l'hypothèse où deux assuré(e)s sont désignés, le capital (net) assuré est payé au décès de l'un des assuré(e)s survenu avant la date d'échéance mentionnée dans les conditions particulières. Le contrat prend alors fin sans que cela ne donne lieu à une

indemnisation supplémentaire en cas de décès du 2ème assuré. En cas de décès simultanés, nous partons du principe que c'est l'assuré(e) le plus âgé qui est décédé le premier.

Dans l'hypothèse où deux assurés sont désignés, s'il est mis fin prématurément au contrat (sauf si c'est suite au décès de l'un des assuré(e)s), la couverture peut être poursuivie à titre individuel pour les deux (ou l'un des deux assuré(e)s. Cette modification donne lieu à un nouveau contrat (aux tarifs en vigueur au moment de la modification et moyennant le maintien des capitaux assurés et de la date d'échéance de la couverture), sans que cela ne requiert de nouvelles formalités médicales. Pour qu'une telle modification puisse être actée, vous devez nous en faire la demande écrite dans les 30 jours qui suivent la résiliation du contrat original sur 2 têtes.

Le présent contrat ne donne pas droit à de la participation bénéficiaire.

3. Sur base de quels renseignements accordons-nous la couverture ?

Les renseignements que vous et l'assuré(e) nous communiquez lors de la conclusion ou de la modification de la couverture constituent la base sur laquelle nous déterminons la prime et la couverture. Il s'agit en l'occurrence d'une obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues de vous et de l'assuré(e) et que vous pouvez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

Le contrat est conclu de bonne foi entre vous et nous. Cela implique notamment que vous devez nous communiquer ces renseignements en toute sincérité.

S'il devait s'avérer que vous ou l'assuré(e) n'avez pas communiqué la date de naissance correcte de l'assuré(e), nous pouvons adapter les capitaux assurés ou l'indemnisation sur base de la date de naissance correcte.

Dans la première année qui suit la conclusion ou la modification du contrat, s'il devait s'avérer que vous ou l'assuré(e) n'avez pas communiqué correctement mais de façon non intentionnelle d'autres renseignements, nous pouvons proposer la modification du contrat. Si cette proposition est refusée, ou si au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans un délai de 15 jours.

Nous pouvons également résilier le contrat si nous apportons la preuve que nous aurions refusé d'assurer le risque si nous avions disposé des renseignements corrects. Le cas échéant, nous remboursons la prime déjà payée.

Toute fraude, omission intentionnelle ou fausse déclaration entraîne la nullité du contrat. Le cas échéant, la prime déjà payée nous reste acquise.

4. Où le présent contrat est-il valable ?

En principe la couverture est valable dans le monde entier. Toutefois, il n'y a pas de couverture si l'assuré se rend dans un pays ou une région pour lesquels le ministère des affaires étrangères a émis un avis de voyage négatif. Si l'assuré séjourne dans un pays ou une région que le gouvernement belge conseille de quitter, l'assuré doit suivre cette recommandation dans un délai de

14 jours. Dans le cas contraire, la couverture n'existe que si le bénéficiaire démontre que l'assuré n'a pas pu quitter le pays ou la région pour cause de force majeure.

5. Tous les évènements sont-ils couverts ?

Non. Sauf dérogation mentionnée dans les conditions particulières et moyennant le paiement d'une surprime, est exclu(e) de la couverture, le décès de l'assuré(e) qui est la conséquence directe ou indirecte de l'un des évènements suivants :

- Le suicide de l'assuré(e) au cours de la première année suivant la date d'entrée en vigueur du contrat ou après la remise en vigueur du contrat d'assurance. Si le capital assuré est augmenté dans l'année précédant le suicide, l'augmentation n'est pas couverte.
- Un acte intentionnel, un crime commis par l'assuré(e) en tant qu'auteur ou coauteur.
- Le meurtre ou l'homicide involontaire de l'assuré(e) commis par le preneur d'assurance ou sur ses instructions. Le bénéficiaire qui a ou responsable de l'homicide involontaire de l'assuré(e) est exclu du bénéfice du contrat.
- La participation active de l'assuré(e) au terrorisme, à la guerre, à la guerre civile, aux émeutes ou aux troubles civils, à moins que l'assuré(e) ne soit intervenu(e) qu'en tant que membre « des forces déployées » par le gouvernement pour maintenir l'ordre.
- Un accident impliquant un aéronef duquel l'assuré(e) était pilote, sauf s'il s'agit d'un vol régulier ou d'un vol charter.
- Une chute d'une hauteur supérieure à 15 mètres dans le cadre d'une activité professionnelle.
- L'exercice de l'un des sports suivants :
  - Toute forme d'aviation sportive et de loisir, de parachutisme, de chute libre, de parapente ou de base jump.
  - Toute forme de sport motorisé en compétition ou lors de la participation à des raids et/ou des rallyes, y compris les essais et les entraînements.
  - Le ski et le snowboard (ou similaire) hors-piste ou l'héliski/héliboard, sauf si la pratique de ces sports est encadrée par un guide ou moniteur agréé, dans le respect de la réglementation et la signalisation en place.
  - L'alpinisme sans équipement de sécurité ou au-dessus d'une altitude de 4000 mètres ou l'escalade de glace, la spéléologie, sauf si ces sports sont organisés par un guide/opérateur de voyage professionnel.
  - La navigation à plus de 25 milles nautiques de la côte.
  - La plongée sans permis, la plongée sous-marine à plus de 40 mètres de profondeur, la plongée sur épave, la plongée en grotte, plongée en apnée, plongée sous glace, plongée de nuit, plongée en recycleur, plongée avec cloche de plongée, plongée en quête de trésor, plongée avec narguilé de plongée (SSE), tentative de record de profondeur.
- Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

En cas de décès de l'assuré(e) suite à un risque exclu, nous en informons le bénéficiaire par le biais d'un courrier motivé et nous lui versons la valeur de rachat théorique, à savoir la prime déjà payée diminuée des frais et chargements et des montants consommés pour couvrir le risque jusqu'au moment du décès, et limitée à la prestation assurée en cas de décès.

Lorsque le décès résulte d'un fait commis par le bénéficiaire, en tant que complice du meurtre ou en tant que responsable de l'homicide involontaire de l'assuré(e), la valeur de rachat théorique est payée aux autres bénéficiaires si d'autres bénéficiaires ont été désignés dans le contrat. En l'absence d'un autre bénéficiaire, la valeur de rachat théorique sera versée au preneur lui-même, ou à sa succession.

6. Qu'en est-il en cas de terrorisme ?

Par terrorisme, l'on entend : une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

L'entreprise d'assurances couvre les dommages causés par le terrorisme. L'entreprise d'assurances est membre à cette fin de l'ASBL TRIP. Conformément à la loi du 3 mai 2024 relative l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des assureurs membres de l'ASBL est, en cas d'acte de terrorisme reconnu par arrêté royal, limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme actes de terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

Conformément à la loi susmentionnée du 3 mai 2024, l'acte de terrorisme est reconnu comme tel par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres après avis de l'OCAM et du parquet fédéral. Le Comité de règlement des sinistres détermine, endéans les quatorze jours qui suivent la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal qui reconnait l'acte comme terroriste, si les plafonds relatifs provisoires et absolus dont question à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 pourraient être atteints dans le cadre de l'indemnisation des dommages. Il fixe dans le même délai, conformément à l'article 15 de ladite loi, le pourcentage de l'indemnisation que les assureurs membres de l'ASBL TRIP doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée ne peut prétendre, envers l'entreprise d'assurances, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. L'entreprise d'assurances paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles l'entreprise d'assurances a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Pour les assurances souscrites par des entreprises, les dispositions suivantes s'appliquent :
Les sociétés liées visées à l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations sont considérées comme un seul et même assuré.

Lorsque le Comité constate que les montants cités à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 ne suffisent pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages corporels sont indemnisés en priorité.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de l'entreprise d'assurances, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

7. La couverture prend-elle effet immédiatement ?

(L'augmentation de) la couverture ou la remise en vigueur (*) prend cours à la date d'effet qui est mentionnée dans les conditions particulières ou dans l'avenant. Si le paiement de la prime tombe après cette date d'effet, (l'augmentation de) la couverture ou la remise en vigueur ne prend cours qu'à partir de la date du paiement.

(*) cf. point 15.

Acceptation et entrée en vigueur du contrat
Il est possible qu'en exécution de nos obligations légales, certaines informations ou documents nous seront nécessaires avant de pouvoir accepter définitivement votre contrat. Toutefois, en attendant l'acceptation définitive, vous bénéficiez de toutes les garanties mentionnées dans le contrat à partir de la date d'émission indiquée sur le contrat qui vous a été remis par votre courtier et à condition que nous ayons reçu votre paiement de la (première) prime. Ainsi, vous ne courez aucun risque de ne pas être couvert si un sinistre devrait se manifester entretemps. Nous disposons d'un délai de trente jours pour, soit, vous demander des informations ou documents éventuels que nous souhaitons encore recevoir, soit, vous informer que nous ne pouvons pas accepter définitivement le contrat. Ce délai commence à courir à partir de la date à laquelle nous avons reçu le contrat signé par vous. Une fois passé ce délai de trente jours et si vous n'avez pas reçu de message de notre part, le contrat sera considéré comme étant définitivement accepté et entré en vigueur. Au cas où nous sommes amenés à refuser l'acceptation définitive, nous vous rembourserons la prime reçue sur le compte en banque à partir duquel elle nous a été payée.

8. Pouvez-vous souscrire ce contrat autant que non-résident ?

Non, vous devez avoir votre résidence habituelle en Belgique au moment de la souscription du contrat.

Si en cours de contrat, vous déménagez à l'étranger et que votre résidence habituelle ne se trouve donc plus en Belgique, votre contrat reste en vigueur, mais vos opérations ou demandes de modification sur le contrat seront limitées de la manière suivante :

- Pas de possibilité d'augmenter le montant des primes périodiques, mais le paiement des primes périodiques telles que prévues dans le contrat est maintenue
- Pas de possibilité de payer une prime unique (en lieu et place de primes périodiques)

- Pas de possibilité d'augmenter ou de prolonger les couvertures. Une exception est prévue lorsque le crédit pour lequel cette assurance est mise en garantie, est prolongé. Dans ce cas, le contrat peut également être prolongé pour la même durée.

9. Quand et comment devez-vous payer la prime ?

Le montant de la prime et la période assurée sont mentionnés dans les conditions particulières.

Vous devez payer la prime directement sur le compte bancaire et avec les références que nous vous communiquons.

Si le paiement s'effectue d'une autre façon, nous pouvons vous refuser la couverture.

Le paiement de la prime est facultatif, mais il est important que vous payiez la première prime, sinon le contrat ne prend pas effet.

10. Comment le bénéficiaire est-il désigné ?

C'est vous qui nous indiquez qui est le bénéficiaire, au moment de la souscription du contrat ou en cours de contrat. Vous pouvez toujours modifier ou révoquer ultérieurement la clause bénéficiaire. Cette modification doit nous être communiquée par un écrit daté et signé. La modification n'est opposable qu'après avoir été actée par un avenant au contrat.

Si le bénéficiaire accepte le bénéfice, cette acceptation entraine une limitation de vos droits en tant que preneur : vous devrez à chaque fois obtenir l'accord du bénéficiaire acceptant pour exécuter un acte relatif à votre contrat : rachat, modification de la clause bénéficiaire, cession du contrat (cette énumération est informative et non limitative). Pour être valable, l'acceptation du bénéficiaire doit être actée par un avenant signé par vous, par le bénéficiaire qui accepte, et par nous.

S'il n'y a pas (plus) de bénéficiaire lorsque l'assuré(e) décède, nous vous versons le capital assuré ou le cas échéant, à votre succession.

11. Comment se déroulent la déclaration de décès et l'indemnisation ?

Le décès de l'assuré(e) doit nous être signalé dans un délai de 30 jours maximum, à compter de la date mentionnée dans le certificat de décès. En cas de déclaration tardive, nous pouvons diminuer notre intervention à concurrence du préjudice subi en raison de la déclaration tardive.

Doivent être joints à la déclaration :

- Le certificat de décès délivré par l'administration communale
- L'attestation médicale émise par nous et complétée par un médecin mentionnant la cause du décès.
- Nous sommes susceptibles de demander des renseignements complémentaires si nous l'estimons nécessaire (par exemple sur les circonstances du décès ou sur les bénéficiaires).

Sur base de ces informations, nous communiquons au bénéficiaire dans quelle mesure nous intervenons. Le paiement est effectué dans un délai d'un mois après réception de tous les documents et informations requis. Ce délai peut être suspendu en cas de cause extérieure à l'assureur. S'il y a plusieurs bénéficiaires, nous pouvons demander que l'un d'eux soit mandaté pour recueillir les prestations au nom de tous les bénéficiaires.

Nous versons le montant assuré déductions faites des éventuelles retenues légales et des frais ou paiements qui seraient encore dus à notre égard ou à des tiers (par exemple à un créancier gagiste).

Nous pouvons refuser l'indemnisation ou réclamer le remboursement des sommes versées en cas de fraude lors de la déclaration.

Nous ne prévoyons pas de dommages et intérêts en cas de retard d'indemnisation suite à une circonstance indépendante de notre volonté. Cela pourrait notamment être le cas si les prestations ne sont pas réclamées, si le dossier n'est pas complet ou en ordre, etc.

12. Pouvez-vous résilier le contrat ?

A. Souscription en agence

Lorsque vous souscrivez votre contrat au sein de l'agence de votre courtier, vous disposez de la faculté de résilier le contrat, sans obligation de motivation, soit dans un délai de 30 jours à compter de la prise de cours du contrat, soit dans un délai soit 30 jours après que vous avez eu connaissance du fait que le crédit pour lequel le contrat est souscrit ne vous est pas accordé. Pour exercer votre droit de rétractation, vous devez la notifier par l'envoie par envoi recommandé. Lorsque la résiliation émane de vous, elle prend effet au moment de sa notification.

Nous avons le droit de résilier le contrat, pour autant qu'il ait été formé via une police présignée ou une demande d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la prise de cours du contrat. Nous devons la notifier par envoi recommandé. La résiliation prend effet huit jours après sa notification.
Nous vous remboursons la prime déjà payée, diminuée des frais, chargements et des montants consommés pour couvrir le risque jusqu'à la date résiliation dont il est question ci-dessus.

B. Souscription à distance

Lorsque vous procédez à la signature de votre contrat d'assurance à distance, tant nous que vous disposons d'un délai de 30 jours pour résilier le contrat, sans pénalité et sans obligation de motivation. En tous les cas, la notification doit se faire que par envoi recommandé.

Le délai dans lequel peut s'exercer ce droit de résiliation commence à courir soit, à compter du moment où nous vous informons que le contrat a été conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu toutes les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires, si ce dernier jour est postérieur, soit à compter du moment où vous avez connaissance du fait que le crédit sollicité ne vous est pas accordé. Lorsque la résiliation émane de vous, elle prend effet au moment de sa notification. Lorsqu'elle émane de nous, celle-ci prend effet 8 jours après sa notification.
Nous vous remboursons la prime déjà payée, diminuée des frais, chargements et des montants consommés pour couvrir le risque jusqu'à la date résiliation dont il est question ci-dessus

13. Avez-vous le droit à la mise en réduction votre contrat ?

Oui, dans le cas du paiement d'une prime unique, en cas d'une prime périodique variable ou en cas d'une prime périodique constante, payable pendant une période inférieure à la moitié de la durée du contrat, vous avez droit à la réduction de votre contrat. La demande de mise en réduction doit nous être faite par lettre dûment datée et signée. Les paiements des primes sont alors suspendus mais vous restez assuré pour la valeur de réduction. Dans ce cas, nous recalculons les montants assurés et nous vous les communiquons par l'envoi d'un courrier. Les nouveaux montants assurés prennent définitivement cours 30 jours après la date d'envoi du courrier.

En cas d'une prime périodique constante payable pendant une période supérieure à la moitié du contrat, vous n'avez pas droit à la mise en réduction. Dans ce cas-là, le non-paiement de la prime entraîne la résiliation du contrat.

14. Avez-vous le droit de racheter votre contrat ?

Oui, dans le cas du paiement d'une prime unique, en cas d'un prime périodique variable, ou en cas d'une prime périodique constante payable pendant une période inférieure à la moitié de la durée du contrat, vous avez droit au rachat de votre contrat. La demande de rachat doit nous être faite par lettre dûment datée et signée. Dans une telle hypothèse, vous percevrez la valeur de rachat théorique , calculée à la date de la demande de rachat, diminuée d'une pénalité et des éventuelles retenues (para)fiscales. Cette pénalité s'élève à 5 % et diminue de 1 % par an au cours des 5 dernières années du contrat, mais avec un minimum absolu de 120,00 EUR (indexé sur base de l'indice santé ; base 2013 = 100).

En cas d'une prime périodique constante payable pendant une période supérieure à la moitié du contrat, vous n'avez pas droit au rachat de votre contrat.

15. Pouvez-vous demander que votre contrat soit remis en vigueur ?

Vous pouvez demander la remise en vigueur du contrat réduit, pour les montants assurés à la date de la mise en réduction. Une telle demande doit être faite par écrit. Vous disposez d'un délai de 3 ans.

Vous pouvez également demander la remise en vigueur du contrat racheté, pour les montants assurés à la date du rachat. Une telle demande doit être faite par écrit. Vous disposez d'un délai de 3 mois et devez nous rembourser la valeur de rachat qui vous a été versé. La remise en vigueur induit le paiement d'une pénalité de 60,00 EUR (indexé sur base de l'indice santé ; base 2013 = 100). Nous nous réservons en outre le droit de soumettre cette remise en vigueur au résultat favorable d'un examen médical du (des) assuré(e)(s), dont le coût vous incombe. Nous vous communiquons évidemment si, et le cas échéant, quand le contrat est remis en vigueur.

16. Qu'advient-il si vous ne payez plus les primes ?

Il n'est pas nécessaire de nous signaler que vous souhaitez interrompre le paiement de la prime. Il vous suffit de ne plus donner suite à nos demandes de paiement. Dans ce cas, nous vous enverrons une lettre recommandée pour attirer votre attention sur les conséquences du non-paiement de la prime, à savoir les scénarios décrits au point 13 et 14. La réduction ou la résiliation du contrat prend effet 30 jours après l'envoi de cette lettre recommandée.

17. La prime

La prime mentionnée dans les conditions particulières est garantie pendant les 3 premières années, pour autant qu'aucune modification ne soit apportée au contrat. Après ce délai, la prime est susceptible d'être modifiée pour le futur, conformément à la législation en vigueur. En cas de modification, la nouvelle prime sera à nouveau valable 3 ans. Vous en serez informé au moins 3 mois avant son entrée en vigueur. Cette adaptation peut être en votre faveur ou en votre défaveur. Si elle est en votre défaveur (augmentation de la prime ou diminution de la couverture) vous en êtes préalablement informé. Vous disposez alors de 30 jours pour résilier votre contrat. À défaut de réaction dans ce délai, nous partons du principe que vous acceptez l'adaptation.

18. Pouvez-vous céder les droits du présent contrat à un tiers ?

Oui, c'est possible. Une telle cession doit être actée par un avenant au contrat, qui doit être signé à la fois par vous, par nous, et par la personne qui reprend les droits du contrat. S'il y a un bénéficiaire acceptant, son accord est également nécessaire.

19. Qu'advient-il si vous décédez avant l'assuré(e) ?

Dans ce cas, les droits et obligations du présent contrat sont transférés au seul bénéficiaire, si celui-ci est nommément désigné. Dans le cas où aucun bénéficiaire n'est nommément désigné, les droits et obligations sont transférés à l'assuré(e).

20. Que se passe-t-il si vous remboursez de manière anticipée le prêt pour lequel cette assurance sert de garantie ?

Bien que le capital assuré en cas de décès soit lié à un prêt hypothécaire, le contrat d'assurance est un contrat indépendant qui, en tant que tel, est distinct du contrat de crédit. Ainsi, si le prêt contracté au titre du contrat de crédit est remboursé par anticipation, le contrat d'assurance continue d'exister.

21. Comment pouvez-vous communiquer avec nous ?

Vous pouvez communiquer avec nous par voie postale (Avenue Fonsny 38,1060 Bruxelles) ou par voie électronique à l'adresse suivant : plaintes@nn.be , à moins que la loi le stipule autrement. Si vous communiquez avec nous par voie électronique, nous pouvons aussi répondre par voie électronique. La communication entre vous et nous se fait à la dernière adresse mutuellement communiquée.

22. Pouvons-nous modifier les présentes conditions générales ?

Oui, dans les limites prévues par la législation relative au droit des assurances et la protection du consommateur. En cas de modification, vous êtes informés au plus tard 1 mois avant l'application effective de la modification, ainsi que de votre droit de procéder gratuitement au rachat dans les 2 mois qui suivent la notification de cette modification. L'absence de réaction de votre part dans ce délai sera considérée comme un consentement tacite.

23. Fonds de garantie pour les services financiers

En cas de faillite d'une entreprise d'assurances disposant d'un agrément en Belgique, la valeur de rachat éventuelle du contrat tombe sous le régime belge de protection à concurrence de 100.000 euros par personne et par entreprise d'assurances. NN Insurance Belgium est affiliée au système légal obligatoire belge. De plus amples informations sur ce régime de protection peuvent être trouvées sur le site Web http://fondsdegarantie.belgium.be/fr

24. Quel est le droit applicable ?

Le droit belge est applicable au contrat. Seuls les cours et tribunaux belges sont compétents pour connaître des litiges découlant du contrat.

25. Responsabilité extracontractuelle des parties et de leurs auxiliaires ?

Les parties excluent toute responsabilité extracontractuelle, au sens du Livre 6 du Code civil, l'une à l'égard de l'autre et à l'égard des Auxiliaires de l'autre partie, pour les dommages causés par l'inexécution d'une obligation contractuelle.

Les Auxiliaires des parties peuvent, en tant que tiers bénéficiaires, se prévaloir des clauses du présent article.

Cet article ne porte pas atteinte aux dispositions légales d'ordre public et impératives.

26. Comment pouvez-vous introduire une plainte relative à nos contrats ?

Toute plainte relative à nos contrats peut être introduite :

- Chez nous : NN, Quality Care Center, Avenue Fonsny 38,1060 Bruxelles, plaintes@nn.be, en premier lieu et,
- Auprès de l'ombudsman des assurances : Square De Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be, info@ombudsman-insurance.be, le cas échéant.

Le fait d'introduire une plainte auprès de notre service compétent ou de l'ombudsman ne porte pas préjudice à votre droit de recourir à la justice. Seuls les tribunaux belges sont compétents.

Moyennant l'accord des deux parties, les litiges d'ordre médical peuvent faire l'objet d'une expertise médicale amiable. Dans ce cas, le dossier est soumis à un collège de deux médecins, chacune des parties mandatant le sien. Si ces médecins ne parviennent pas à se mettre d'accord, ils désignent ensemble un troisième médecin. S'ils ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le choix du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles. Les trois médecins prennent ensuite une décision commune, mais s'ils ne parviennent toujours pas à se mettre d'accord, l'avis du troisième médecin sera déterminant. Cette décision est définitive. Chaque partie paie les frais et les honoraires du médecin qu'elle a elle-même mandaté et la moitié des frais et des honoraires du troisième médecin.

27. Quelle est notre position face à d'éventuels conflits d'intérêts ?

Notre politique en la matière est décrite sur notre site internet www.nn.be sous la rubrique "documents légaux". Vous pouvez aussi obtenir ce document sur simple demande.

28. Où puis-je trouver d'autres documents ?

Tous les documents pertinents (comme les présentes conditions générales, notre politique en matière de conflits d'intérêts, fiche produit, …) se trouvent sur notre site internet www.nn.be sous la rubrique "documents légaux". Vous pouvez aussi obtenir tous ces documents sur simple demande.

Le rapport sur le solvabilité et situation financière (Solvency & Financial Condition Report ou SFCR) est disponible sur : www.nn.be/fr/a-propos-de-nn/publications

Annexe : Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel que vous, en tant que personne concernée, nous communiquez, maintenant ou plus tard, sont traitées par NN Insurance Belgium SA, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, le responsable du traitement.

Vous pouvez joindre notre Data Protection Officer (DPO), notamment pour obtenir des informations complémentaires concernant le traitement de vos données à caractère personnel, comme suit : Data Protection Officer (DPO), Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou dpo@NN.be.

Les bases juridiques ainsi que les finalités du traitement de vos données à caractère personnel (exceptées les données à caractère personnel concernant votre santé dont le traitement se fait sur base de votre consentement explicite) sont les suivantes :

- L'exécution de votre ou vos contrats d'assurance ou, des mesures précontractuelles, concernant la souscription du contrat et notamment la détermination et l'acceptation du risque, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion des sinistres ainsi que le règlement de la prestation du contrat, y compris le cas échéant au profit d'un tiers ;
- Le respect d'obligations légales, entre autres la réglementation relative aux assurances, la directive sur la distribution d'assurances (IDD), la réglementation relative aux assurances dormantes, la réglementation relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et infractions apparentées, la Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), les Common Reporting Standards (CRS) ;
- Les intérêts légitimes de NN Insurance Belgium sa, à savoir la fourniture et la gestion de services d'assurance en général, en ce compris l'amélioration des couvertures souscrites, la gestion de notre fichier de clients et de vente, la prévention d'irrégularités (notamment, la prévention de et la lutte contre la fraude), le marketing direct de nos produits et leur promotion (sauf par e-mail) et le traitement à des fins statistiques.

Les données à caractère personnel que vous nous fournissez dans le cadre de l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles et, du respect des obligations légales y relatives, sont nécessaires à la conclusion du contrat. À défaut de cette communication, il n'est pas possible de souscrire le contrat.

NN Insurance Belgium sa utilisera les données de la personne concernée pour vérifier si la demande répond à ses critères d'acceptation. Il peut être tenu compte, entre autres, d'un certain nombre de critères généraux (par exemple, votre âge, votre état de santé) et de critères liés à des restrictions légales ou fiscales (par exemple, le versement maximal (annuel) pour l'épargne-pension, etc.). De cette manière, NN Insurance Belgium sa garantit un service uniforme et objectif, quel que soit le canal de distribution choisi.

Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la politique de segmentation (https://www.nn.be/fr/a-propos-de-nn/ce-que-nous-faisons/politique-de-segmentation-nn).

Les données à caractère personnel concernant la santé seront traitées avec discrétion et uniquement par les personnes habilitées, notamment le département médical et le service juridique.

Votre demande peut être traitée via un processus de prise de décision individuelle automatisé. Le traitement des données de santé est basé sur votre consentement explicite. Vous avez le droit de soumettre une demande au médecin conseil ou à

son équipe médicale pour obtenir des explications, pour exprimer votre point de vue et pour éventuellement faire une objection.

NN Insurance Belgium sa peut également utiliser l'Intelligence Artificielle pour remettre la correspondance reçue par NN au service interne approprié.

Aux fins précitées et sur les bases juridiques y relatives, vos données à caractère personnel peuvent être transmises et traitées par les différents services de NN Insurance Belgium sa, les entités du Groupe NN, leurs représentants en Belgique, leurs correspondants à l'étranger, leurs réassureurs, leurs bureaux de règlement des sinistres, un expert, un avocat, un conseiller technique, aux partenaires de distribution, aux sous-traitants et prestataires de services des entités du Groupe NN, aux sous-traitants et prestataires de services des partenaires de distribution, à toute personne ou entité qui introduit un recours ou contre laquelle un recours est introduit dans le cadre des contrats souscrits et, aux pouvoirs publics. Une liste actualisée des destinataires de vos données à caractère personnel est disponible sur demande auprès de notre DPO. Nous pouvons être amenés à devoir traiter vos données à caractère personnel pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vos données sont généralement traitées au sein de l'Union européenne (UE). Dans certains cas, les données à caractère personnel sont traitées en dehors de l'UE. Afin de garantir la sécurité de vos données à caractère personnel, nous prenons dans ces cas des mesures en concluant nous-mêmes des conventions dans lesquelles nous passons des accords comparables sur la sécurité des données à caractère personnel, donc comme nous le faisons au sein de l'UE.

Nous conservons vos données à caractère personnel le temps nécessaire à la poursuite des finalités susmentionnées. Nous devons ainsi tenir compte des délais imposés par des dispositions légales ou règlementaires en matière de conservation des données à caractère personnel et/ou des documents (pré-)contractuels ainsi que des délais de prescription applicables en la matière compte tenu notamment des causes légales de suspension et d'interruption de cette prescription.

En cas de transfert des droits et obligations d'un portefeuille d'assurance de NN à un autre assureur (ou le cas échéant une institution de retraite professionnelle) et si votre contrat en fait partie, vos données à caractère personnel et, entre autres, vos données médicales peuvent être transférées vers cet assureur, qui agira alors en tant que nouveau responsable du traitement des données à caractère personnel.

Vous disposez des droits suivants à l'égard de vos données à caractère personnel :

- Le droit d'accès ;
- Le droit de rectification ;
- Le droit à la limitation de leur traitement, qui s'exerce sans préjudice au droit pour NN Insurance Belgium sa de conserver vos données à caractère personnel ou encore, du traitement de ces données pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ;
- Le droit à la portabilité des données pour autant que leur traitement soit basé sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles ;
- Le droit de demander l'effacement pour autant que leur traitement soit basé, soit sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles, compte tenu cependant des obligations en matière de délais de conservation auxquels NN Insurance Belgium sa est soumis, soit sur l'intérêt légitime de NN Insurance Belgium sa s'il n'existe pas de motif légitime impérieux pour le traitement ;

- Le droit de vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel lorsque celui-ci est basé sur l'intérêt légitime de NN Insurance Belgium SA et pour autant, qu'il n'existe pas de motif légitime impérieux pour le traitement. Cependant, vous avez le droit de vous opposer à tout moment et sans justification au traitement de vos données personnelles à des fins de prospection (marketing direct) et au profilage associé.
- Le droit d'exprimer votre point de vue et de contester la décision automatisée dans la prise de décision individuelle automatisée. Bien que vous puissiez exercer ce droit à tout moment, cela peut entraîner un retard dans le traitement des données à caractère personnel et la conclusion du ou des contrats d'assurance.

Vous pouvez exercer les droits susmentionnés de manière gratuite en principe, en envoyant une demande datée et signée ainsi qu'une preuve d'identité à notre DPO. La question de savoir si vous pouvez ou non exercer vos droits dépend de la finalité du traitement et de la base juridique du traitement.

Vous avez une plainte concernant la manière dont NN Insurance Belgium sa gère vos données à caractère personnel ? Dans ce cas, contactez notre équipe Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou via l'adresse plaintes@nn.be.

Vous pouvez aussi introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données contact@apd-gba.be ou via le site web https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/agir/contact.

Vous pouvez consulter notre déclaration de vie privée complète via l'adresse suivante : https://www.nn.be/fr/declaration-de-confidentialite.

Cette information est basée sur le Règlement Général sur la Protection des données du 27 avril 2016, en vigueur depuis le 25 mai 2018.

Version 2.0 - Underwriting