



Assurance Patrimoine CBC

Assurance accidents pour les clients CBC en cas de décès ou d'invalidité

Modalités (version 1er janvier 2024)

1. Définitions

1.1. Assurance

L'assurance souscrite par CBC Banque au profit de ses clients qui, au moment de l'accident, sont affiliés à l'assurance, de sorte qu'en cas de sinistre, un rapport de droit direct se crée entre l'assureur et les assurés.

1.2. Assureur

KBC Assurances SA, Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven, TVA BE 0403.552.563, RPM Leuven. Entreprise agréée pour toutes les branches sous le code 0014. (A.R. 4 juillet 1979, M.B. 14 juillet 1979) par la Banque nationale de Belgique, boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles, Belgique.

1.3. Preneur d'assurance

CBC Banque SA, Avenue Albert 1er 60, 5000 Namur, Belgique, TVA BE 0403 211 380, RPM Liège - division Namur, agent de KBC Assurances SA.

1.4. Assuré

Toute personne physique au nom de qui se trouve le compte assuré au jour de l'accident (en sa qualité de titulaire ou de cotitulaire).

Cas particuliers:

- Si plusieurs personnes sont conjointement titulaires d'un compte assuré, tous les cotitulaires sont considérés comme assurés.
- Si le compte assuré est au nom d'enfants âgés de moins de cinq ans, les deux parents ou, à défaut, le tuteur, sont considérés comme les titulaires assurés jusqu'au cinquième anniversaire de l'enfant.
- En ce qui concerne les comptes assurés assortis d'une stipulation pour autrui, le titulaire originel du compte est considéré comme l'assuré jusqu'à la réalisation de la condition de la stipulation. Une fois la condition réalisée, l'assurance patrimoine au nom du titulaire originel prend fin et le bénéficiaire de la stipulation peut lui-même

s'affilier à l'assurance patrimoine. Si le bénéficiaire refuse la prestation, le titulaire originel doit, pour rester couvert, s'affilier à nouveau à l'assurance patrimoine.

- Dans le cas des comptes assurés ouverts au nom d'un nu-proprétaire et d'un usufruitier, le nu-proprétaire est considéré comme seul assuré.

1.5. Bénéficiaire

Toute personne à qui l'indemnité est due en vertu de ces modalités.

1.6. Compte assuré

Les comptes-titres (à l'exception des comptes-titres de garantie locative) et les plans delta (y compris les comptes plan d'investissement) ouverts au nom de personnes physiques chez le preneur d'assurance en Belgique et dont le titulaire a accepté l'assurance patrimoine et payé au preneur d'assurance la dernière cotisation d'affiliation annuelle due.

Il s'agit de comptes individuels, de comptes communs ou de comptes portant un nom choisi, pour autant qu'il ressorte des documents d'ouverture que les avoirs appartiennent exclusivement à une ou plusieurs personnes physiques.

Les produits mentionnés ci-dessous ne sont pas assurés:

- les comptes au nom de personnes morales ou d'associations sans personnalité juridique, qu'elles soient ou non associées à des personnes physiques;
- les comptes au nom d'une ou plusieurs personnes physiques, si les documents d'ouverture indiquent que le solde appartient à des personnes morales ou à des associations sans personnalité juridique ou si tous les cotitulaires ne sont pas nommément cités dans les documents d'ouverture (par ex. Dupont et Co).

2. Qu'est-ce qui est assuré?

Si un assuré est victime d'un accident pendant la durée de l'assurance, l'assureur garantit le paiement d'une

indemnité en cas de décès ou d'incapacité permanente dans les cas suivants:

- si l'assuré décède dans les trois ans des suites de l'accident;
- si l'assuré est frappé d'une invalidité permanente de 67 % ou plus par suite de l'accident.

Le bénéficiaire doit apporter la preuve que le décès ou l'invalidité permanente de 67 % est la conséquence directe de l'accident.

Qu'est-ce qui est considéré comme un accident?

Un accident est un événement soudain qui entraîne la mort ou une lésion constatable objectivement et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

Sont également considérés comme un accident:

- L'empoisonnement, les réactions allergiques à des piqûres d'insectes ou autres;
- La noyade, l'étouffement;
- L'hypothermie et l'insolation.

En cas de doute, nous nous rallions à l'interprétation de la "notion d'accident", telle qu'elle est utilisée dans la législation belge relative aux accidents du travail et sur le chemin du travail.

Comment le degré d'invalidité de 67 % ou plus est-il fixé ?

Le degré d'invalidité est fixé à la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après la date de l'accident. L'assureur se base pour ce faire sur les degrés d'invalidité du Barème officiel belge des invalidités. La profession n'est pas prise en considération. Une éventuelle invalidité préexistante n'est déduite que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui est affectée par l'accident assuré.

La consolidation correspond au moment où les lésions se stabilisent, sans qu'aucune amélioration ou aggravation ne puisse être envisagée.

3. Indemnité

En cas de décès ou d'invalidité permanente, l'indemnité est égale à 35 % de la valeur des comptes assurés au jour de l'accident.

Les indemnités décès et invalidité permanente ne peuvent être cumulées. Si l'assuré décède après avoir perçu de

l'assureur une indemnité pour invalidité permanente, ce montant sera porté en déduction de l'indemnité décès.

Indemnité maximale et minimale

L'indemnité ne peut jamais être inférieure à 2.500 euros ni supérieure à 75.000 euros par assuré et par accident, quel que soit le nombre de comptes assurés et la valeur de ces comptes assurés.

Solde d'un compte commun

Dans le cas d'un compte commun, la valeur est divisée par le nombre de cotitulaires au moment de l'accident. Les indemnités minimale et maximale restent d'application.

4. Paiement de l'indemnité – clause bénéficiaire?

a. Si les comptes affichent un solde positif

Si, à la date du paiement de l'indemnité, l ou les comptes assurés présentent un solde positif, l'indemnité en cas d'invalidité est payée à l'assuré.

En cas de décès, l'indemnité revient aux bénéficiaires et ce, dans l'ordre suivant:

- le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) par écrit. Une désignation ou révocation est valable dès la signature par l'assuré du document concerné dans une agence CBC;
- le conjoint cohabitant ou le partenaire cohabitant légal;
- les enfants ou leurs descendants prenant par représentation la place d'un enfant prédécédé;
- la succession, à l'exception de l'État.

Cas particuliers :

- si un compte assuré est au nom d'un enfant âgé de moins de cinq ans, cet enfant est le bénéficiaire;
- si le compte assuré a été ouvert avec stipulation pour autrui, le tiers est le bénéficiaire de cette assurance s'il a accepté l'attribution bénéficiaire et l'assurance patrimoine et ce, tant que la condition dans la stipulation pour autrui n'est pas réalisée;
- au décès du bénéficiaire, sa part est attribuée au(x) autre(s) bénéficiaire(s) désigné(s). En l'absence de tout bénéficiaire désigné, elle est payée dans l'ordre mentionné ci-dessus.

Ce règlement n'est pas applicable lorsque des descendants prennent par représentation la place d'un enfant prédécédé.

b. Paiement de l'indemnité

L'assureur paie l'indemnité au bénéficiaire dans les trente jours qui suivent la réception des documents nécessaires pour prendre la décision de règlement.

L'assureur se charge des déclarations à l'administration fiscale.

c. Divergences de vues

En cas de divergence de vues entre les médecins des deux parties, celles-ci désignent de commun accord un troisième médecin qui aura pour mission de trancher. Les frais et honoraires de ce troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

En lieu et place de cette procédure, les parties sont libres de laisser la désignation du troisième médecin et/ou le règlement du litige à l'appréciation du tribunal compétent.

5. Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

Sont exclus de cette assurance:

- le décès ou l'invalidité permanente par suite d'une maladie ou d'une défaillance interne soudaine (par exemple, rupture d'anévrisme, embolie pulmonaire, péritonite, thrombose, etc.);
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement pratiquée à la suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations et complications des conséquences d'un accident qui sont imputables aux affections suivantes: lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire;
- les accidents causés intentionnellement par l'assuré ou un bénéficiaire et les accidents résultant d'une faute lourde dans leur chef; cette exclusion n'est pas applicable à la victime ou au bénéficiaire qui ne sont pas eux-mêmes auteurs ou complices. Sont considérés comme des accidents résultant d'une faute lourde:
 - l'intoxication alcoolique supérieure à 1,5 pour mille (0,65 mg/l), l'état d'ivresse ou un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents survenus lors de l'exécution de paris ou de défis pour lesquels des risques déraisonnables sont pris ou de l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile (conduite fantôme, traversée d'une autoroute à pied, pratique du "stunt", courses de rue, etc.);

– les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;

– les accidents survenus pendant des actes de violence sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant(e) de biens;

- les accidents survenus lors de la participation à des courses de vitesse, de régularité ou d'adresse à bord d'un véhicule motorisé ou d'un bateau à moteur, ou d'un entraînement à cet effet; les circuits purement touristiques ou les circuits d'orientation ne tombent pas sous le champ d'application de cette exclusion;
- les accidents qui surviennent pendant l'utilisation d'appareils de navigation aérienne; les assurés sont toutefois assurés en tant que passagers;
- les accidents qui surviennent au cours ou à la suite d'une intervention chirurgicale, sauf si cette intervention est la conséquence d'un accident assuré;
- les accidents en rapport avec la guerre (civile) ou des faits de même nature; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quatorze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents dus:
 - à une exposition à de l'amiante,
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires par suite d'un accident assuré,
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

6. Où l'assurance s'applique-t-elle?

L'assurance s'applique dans le monde entier, pour tous les assurés.

7. Obligations en cas de sinistre

La déclaration, éventuellement conditionnelle, doit parvenir à l'assureur le plus rapidement possible et - sauf cas de force majeure - dans les trente jours qui suivent le décès, à l'adresse suivante:

KBC Assurances, service Sinistres Accidents corporels YLO, Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven.

S'il existe une possibilité que l'accident assuré ait engendré une invalidité permanente de 67 % ou plus, la déclaration

doit être en la possession de l'assureur dans les trente jours qui suivent la constatation de l'invalidité par un médecin et, au plus tard, treize mois après l'accident.

Les documents suivants doivent être présentés pour tout accident:

- un certificat médical indiquant la cause du décès ou, le cas échéant, déterminant les lésions et le degré probable d'invalidité. Si le médecin-conseil de l'assureur l'estime nécessaire, l'assuré est tenu de se présenter à lui pour des examens médicaux complémentaires;
- un rapport sur les circonstances de l'accident, mentionnant le numéro du procès-verbal, si les services de police en ont dressé un;
- tous les renseignements demandés par l'assureur concernant l'accident.

Le non-respect des obligations exposées ci-dessus nous autorise à réduire le montant de l'indemnité convenue ou à réclamer le remboursement de l'indemnité payée, à concurrence du préjudice que nous avons subi du fait de cette négligence. Le non-respect d'un délai ne peut toutefois pas être qualifié de négligence si la notification demandée a été faite dans les meilleurs délais raisonnables. En cas de fraude, nous nous réservons le droit de refuser la garantie.

8. Dispositions importantes relatives au règlement des sinistres, issues de la législation sur les assurances.

Intervention en cas d'attentats terroristes

Si l'une des assurances de la présente police couvre les attentats terroristes, la disposition suivante s'applique:

Nous sommes membres de l'ASBL TRIP. Instituée par une loi, cette ASBL est un partenariat entre assureurs et pouvoirs publics, qui garantit que les sinistres provoqués par des attentats terroristes seront indemnisés.

En cas d'attentat, la procédure imposée par la loi sera suivie. Un comité devra décider dans les six mois si l'attentat répond ou non à la définition légale du terrorisme, des modalités de règlement applicables et des délais dans lesquels les indemnités doivent être payées. Dans le cas exceptionnel où l'intégralité des dommages dus à des attentats terroristes excéderait le montant d'un milliard d'euros sur un an (indice de décembre 2005), les indemnités à payer seraient calculées au prorata. Les attentats terroristes à la bombe nucléaire demeurent exclus. En outre, dans les situations où la couverture contre le terrorisme n'est pas obligatoire, les dommages

dus à la radioactivité ou aux radiations ionisantes sont exclus. Vous trouverez davantage d'informations sur le site www.tripasbl.be.

Quand n'est-il plus possible de faire appel à cette assurance?

La loi fixe le délai de prescription à 3 ans. Cela signifie que, passé ce délai, il n'est plus possible de faire appel à l'assurance. Le délai commence à courir le jour de l'accident ouvrant le droit aux prestations assurées. Si le bénéficiaire n'a connaissance de cet événement que plus tard, le délai ne commencera à courir qu'à cette date. Il y aura alors prescription après 5 ans, quoi qu'il advienne.

9. Cotisation

La cotisation annuelle par compte assuré est de 14 euros, taxe et cotisations incluses.

Le titulaire du compte assuré paie la cotisation au début de chaque année civile. Le compte à vue de l'assuré est automatiquement débité de la cotisation.

10. Durée des garanties

L'assurance prend effet à la signature de la demande d'affiliation par l'assuré.

Pour l'assuré, l'assurance prend fin de plein droit:

- si l'assuré n'a pas payé sa cotisation d'affiliation – due au 1er janvier de chaque année – dans les 30 jours;
- à la clôture du compte assuré;
- à la date de fin de l'assurance souscrite entre CBC Banque et l'assureur.

L'assuré a le droit de résilier à tout moment son affiliation à l'assurance.

11. Dispositions particulières

- Le présent contrat est régi par le droit belge. Tout litige entre les parties sera soumis à la compétence exclusive des tribunaux belges.
- En cas de sinistre assuré, CBC Banque communiquera les soldes pertinents à première demande.
- L'assureur renonce à son recours contre les personnes responsables de l'accident qui a causé le décès ou l'invalidité de l'assuré.
- Toutes les communications et mises en demeure concernant ce contrat d'assurance seront envoyées par lettre recommandée à l'assureur, KBC Assurances SA.

- Toutes contestations et procédures judiciaires relatives à l'application de cette assurance doivent être traitées ou intentées exclusivement contre l'assureur, à l'exclusion de CBC Banque SA.

12. Protection des données à caractère personnel

Le respect de votre vie privée a énormément d'importance à nos yeux. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données à caractère personnel des assurés ou des bénéficiaires dans notre Déclaration en matière de respect de la vie privée. L'assuré y trouvera également quels sont ses droits et comment il peut les exercer.

Pour pouvoir maintenir à jour la Déclaration en matière de respect de la vie privée, la décision a été prise de la publier sur notre site Internet www.cbc.be/privacy. L'assuré peut également en obtenir une version papier dans une agence bancaire CBC.

Si l'assuré communique à l'assureur des données à caractère personnel relatives à d'autres personnes, l'assuré est tenu d'informer ces personnes au préalable de l'usage que l'assureur va faire de leurs données et demander leur autorisation le cas échéant.

13. Traitement des réclamations

Toute plainte sera en premier lieu adressée à CBC Banque. Si vous ne parvenez pas à un accord ou si vous êtes affilié par la voie digitale, vous pouvez également vous adresser au Service gestion des plaintes, Avenue Albert 1^{er} 60, 5000 Namur, gestiondesplaintes@cbc.be.

Si aucune solution ne peut être dégagée, vous pouvez vous adresser à l'Ombudsman des assurances, compétent pour l'intégralité du secteur, info@ombudsman.as, www.ombudsman.as.

Vous conservez dans tous les cas le droit d'intenter une action en justice.

14. Dites non à la fraude!

Pour préserver la solidarité entre les assurés et éviter d'augmenter inutilement les primes, nous agissons activement contre la fraude. La fraude à l'assurance est un délit passible de poursuites pénales.

15. Droit de rétractation

Si l'assuré s'est affilié à l'assurance par un processus de vente à distance (vente en ligne, par exemple), il dispose

de 14 jours pour se rétracter. La rétractation est gratuite et n'a pas à être motivée. Le délai de 14 jours débute le jour qui suit l'affiliation. Si l'assuré a reçu les conditions de couverture plus tard, le délai ne prendra effet qu'à compter du jour de leur réception.

L'assuré peut exercer son droit de rétractation en envoyant une lettre ou un e-mail à son agence bancaire CBC. En cas de rétractation, le preneur d'assurance rembourse la cotisation déjà payée en créditant le compte dans les trente jours civils.

16. Informations à l'assuré

Le présent document est un extrait du contrat d'assurance conclu entre l'assureur et le preneur d'assurance. Le preneur d'assurance informera les assurés de toute modification des modalités. L'assuré a le droit de résilier son affiliation dans les trente jours qui suivent la notification de la modification des modalités de l'assurance patrimoine CBC.

La résiliation est notifiée au preneur d'assurance par une lettre recommandée ou une lettre contre récépissé remise à l'agence qui gère le compte de l'assuré. La date d'entrée en vigueur des nouvelles modalités a valeur de date d'effet de la résiliation. Si l'assuré ne résilie pas l'assurance dans les 30 jours, il est censé accepter les nouvelles modalités.