



Assurance Protection Financière

Conditions générales

1. Définitions

Police d'assurance :

Contrat conclu entre l'assureur et le preneur d'assurance au profit des assurés, en vertu duquel se crée, en cas de sinistre, un rapport juridique direct entre l'assureur et l'assuré. Ce contrat précise les droits et obligations des parties, au nombre desquelles figurent les assurés.

Assureur :

KBC Assurances, SA ayant son siège social en Belgique, Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven, TVA BE 0403.552.563, RPM Louvain, entreprise agréée pour toutes les branches sous le code 0014 (AR du 4 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979).

Preneur d'assurance :

CBC Banque SA, ayant son siège social en Belgique, Avenue Albert 1er 60, 5000 Namur, RPM BE 0403 211 380, qui conclut le contrat avec l'assureur.

Assuré :

Toute personne physique à qui le preneur d'assurance a délivré une carte de crédit Visa Pinto CBC, Visa Confort CBC, MasterCard Silver CBC, MasterCard Globe CBC, MasterCard Platinum CBC, Visa Confort CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Silver CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Globe CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Platinum CBC avec CBC Flex Budget assortie d'un plafond de dépenses fixé à 15 000 euros au maximum, qui satisfait aux conditions d'affiliation et a signé le formulaire d'affiliation.

Carte de crédit Visa Pinto CBC, Visa Confort CBC, MasterCard Silver CBC, MasterCard Globe CBC ou MasterCard Platinum CBC :

Carte de crédit internationale assortie d'une ouverture de crédit, émise par le preneur d'assurance.

Carte de crédit Visa Confort CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Silver CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Globe CBC avec CBC Flex Budget ou MasterCard Platinum CBC avec CBC Flex Budget :

Ouverture de crédit avec une carte de paiement comme

moyen supplémentaire de prélèvement de crédit, fournie par le preneur d'assurance.

Flex Budget :

Il s'agit d'une ouverture de crédit sans durée fixée au préalable par le preneur d'assurance.

Incapacité de travail totale :

L'impossibilité d'exercer ou de reprendre l'activité professionnelle, constatée par un médecin. L'incapacité de travail totale existe pour autant que l'assuré soit contraint, du fait de cette impossibilité, de mettre fin à toute activité professionnelle régulière.

Remboursement mensuel minimum obligatoire :

Le montant minimum à rembourser chaque mois dans le cadre du Flex Budget contracté auprès du preneur d'assurance et lié à la carte pour laquelle l'assuré s'affilie à la présente.

2. Conditions d'affiliation

Peut s'affilier à la présente assurance, toute personne physique qui réunit les conditions d'affiliation suivantes :

- avoir obtenu, du preneur d'assurance, une carte de crédit Visa Pinto CBC, Visa Confort CBC, Visa Confort CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Silver CBC, MasterCard Globe CBC, MasterCard Platinum CBC, MasterCard Silver CBC avec CBC Flex Budget, MasterCard Globe CBC avec CBC Flex Budget ou MasterCard Platinum CBC avec CBC Flex Budget assortie d'un plafond de dépenses de 15 000 euros au maximum ;
- être âgée de 18 ans au moins ;
- être âgée de 65 ans au plus ;
- avoir été acceptée médicalement par l'assureur sur base du Formulaire d'affiliation.

Si deux personnes physiques souscrivent une seule et même ouverture de crédit, elles peuvent l'une et l'autre s'affilier à l'assurance, à condition que chacune satisfasse aux conditions d'affiliation précitées.

3. Garanties

Incapacité de travail et problèmes de santé graves

L'assuré qui exerce une activité professionnelle régulière bénéficie d'une indemnité en cas d'incapacité de travail totale pendant la durée de l'assurance.

On entend par activité professionnelle régulière l'exercice d'une profession sous le statut de salarié, de fonctionnaire ou d'indépendant. Les contrats d'étudiant ne relèvent pas de cette définition.

L'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle régulière ou qui a mis fin à son activité professionnelle régulière (qui a fait valoir ses droits à la retraite anticipée ou à la prépension, par exemple) bénéficie d'une indemnité en cas de problèmes de santé graves.

Le fait d'atteindre l'âge légal de la pension est assimilé à la cessation de l'activité professionnelle régulière.

Incapacité de travail

Si l'assuré est déclaré en incapacité de travail totale pendant 60 jours consécutifs au moins pendant la durée de l'assurance, l'assureur paie au preneur d'assurance les montants suivants :

- le montant correspondant au remboursement mensuel minimum obligatoire du solde débiteur du Flex Budget ;
- le montant correspondant à 5,6 % du solde débiteur de la carte de crédit CBC ;
- la cotisation d'affiliation mensuelle due pour l'assurance pendant la période d'incapacité de travail totale.

Ces montants seront calculés à la date du début de l'incapacité de travail (à 00 h 00), sans que le remboursement puisse excéder le montant constitué de la somme du solde débiteur du Flex Budget et du solde débiteur de la carte de crédit CBC.

L'intervention de l'assureur est alors calculée sur les soldes débiteurs à la prise d'effet de la première incapacité de travail.

L'intervention de l'assureur débute le premier jour de l'incapacité de travail totale et est maintenue pendant toute la durée de celle-ci.

En cas de nouvelle incapacité de travail totale de l'assuré pour les mêmes raisons dans les trois mois qui suivent la fin d'une période assurée, la durée minimum de 60 jours consécutifs d'incapacité n'est plus exigée.

L'intervention de l'assureur est alors limitée au solde débiteur à la date de prise d'effet de la première

incapacité de travail, diminué du montant d'ores et déjà remboursé par l'assureur.

Cette garantie n'intervient pas pour l'incapacité de travail qui coïncide avec une période de repos de maternité.

Déclaration

Toute incapacité de travail susceptible de donner lieu à intervention doit être déclarée à l'assureur au moyen du formulaire intitulé Déclaration de sinistre - Assurance Protection financière, disponible sur le site Internet www.cbc.be et dans les agences du preneur d'assurance. La déclaration doit être déposée dans les quatre mois qui suivent le premier jour d'incapacité de travail totale intervenue pendant la durée de l'assurance. En cas de remise tardive du formulaire à l'assureur, nous n'en tenons pas rigueur à l'assuré pour autant qu'il ait envoyé la notification le plus rapidement possible.

L'assuré transmet au médecin-conseil de l'assureur les documents qui précisent la nature, la cause, la date du début et la durée probable de l'incapacité de travail. S'il le juge nécessaire à l'évaluation du sinistre, l'assureur peut réclamer des renseignements supplémentaires ou inviter l'assuré à se soumettre à un examen médical. L'assureur peut également réclamer une preuve d'exercice d'une activité professionnelle régulière.

L'existence et la durée de l'incapacité de travail sont constatées par le médecin-conseil de l'assureur, sur base des données fournies par l'assuré. En cas de divergence d'opinion entre les médecins des deux parties, celles-ci désignent d'un commun accord un troisième médecin, qui tranche. Les honoraires et frais du 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.

Problèmes de santé graves

Si l'état de santé de l'assuré impose qu'il soit hospitalisé pour sept jours consécutifs au moins dans un établissement reconnu comme hôpital par la loi, l'assureur s'acquitte :

- d'une indemnité équivalant à deux fois le montant du remboursement mensuel minimum obligatoire du solde débiteur du Flex Budget ;
- d'un montant correspondant à 11,2 % du solde débiteur de la carte de crédit CBC ;
- et de la cotisation d'affiliation mensuelle due pour l'assurance.

Ces montants sont calculés à la date de l'hospitalisation (à 00 h 00) et donc sur les dépenses se rapportant à l'utilisation de la carte de crédit CBC et du Flex Budget avant cette date. L'intervention de l'assureur est limitée au solde débiteur à la date de l'hospitalisation (à 00 h 00).

La garantie n'est applicable qu'au profit de l'assuré qui n'exerce aucune activité professionnelle régulière ou qui a atteint l'âge légal de la pension, ce qui l'exclut de la garantie Incapacité de travail.

L'assureur intervient pour une seule hospitalisation par année calendrier et par assuré ; à ce titre, la date d'hospitalisation est déterminante.

Déclaration

Toute hospitalisation susceptible de donner lieu à intervention doit être déclarée à l'assureur au moyen du formulaire intitulé Déclaration de sinistre - Assurance Protection financière, disponible sur le site Internet www.cbc.be et dans les agences du preneur d'assurance. La déclaration doit être déposée dans les quatre mois qui suivent la date de l'hospitalisation intervenue pendant la durée de l'assurance. En cas de remise tardive du formulaire à l'assureur, nous n'en tenons pas rigueur à l'assuré pour autant qu'il ait envoyé la notification le plus rapidement possible.

L'assuré transmet au médecin-conseil de l'assureur les documents qui précisent la date et la durée de l'hospitalisation. S'il le juge nécessaire à l'évaluation du sinistre, l'assureur peut réclamer des renseignements supplémentaires ou inviter l'assuré à se soumettre à un examen médical. L'assureur peut également réclamer une preuve d'absence d'exercice d'une activité professionnelle régulière.

Décès

En cas de décès de l'assuré, l'assureur paiera au preneur d'assurance un montant correspondant à la somme constituée :

- du solde débiteur du Flex Budget ;
- du solde débiteur de la carte de crédit CBC ;

Ces deux montants étant calculés à 00 h 00 le jour du décès.

Si le décès se produit pendant une période d'incapacité de travail assurée et que décès et incapacité de travail résultent en outre d'une même cause, l'indemnité correspond à la somme constituée :

- du solde débiteur du Flex Budget ;

- du solde débiteur de la carte de crédit CBC.

Ces montants seront calculés à la prise d'effet de l'incapacité de travail (à 00 h 00), et diminués des montants d'ores et déjà acquittés par l'assureur.

Si le décès se produit pendant une hospitalisation assurée, l'indemnité correspondra à la somme des montants suivants :

- le solde débiteur du Flex Budget ;
- le solde débiteur de la carte de crédit CBC.

Ces montants seront calculés à la prise d'effet de l'hospitalisation (à 00 h 00), et diminués des montants d'ores et déjà acquittés par l'assureur.

Déclaration

Le décès de l'assuré doit être déclaré dans une agence du preneur d'assurance.

Les documents suivants sont joints à la déclaration :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré, dans lequel sa date de naissance est également précisée ;
- un certificat médical établissant la cause du décès. L'assuré accepte que son médecin transmette la déclaration au médecin-conseil de l'assureur.

Cette garantie prend fin le premier jour du mois qui suit le 70ème anniversaire de l'assuré.

Perte financière due à un retrait sous la menace ou à une agression après un retrait

L'assureur rembourse le montant que l'assuré a retiré au distributeur sous la menace d'un tiers.

Si l'assuré est agressé par un tiers dans les 24 heures qui suivent un retrait au distributeur, l'assureur lui rembourse la somme volée, à concurrence du montant retiré.

La garantie intervient pour les retraits effectués au moyen de la carte de crédit pour laquelle l'assuré est affilié à la présente assurance, à condition que l'assuré porte plainte auprès des autorités compétentes dans les plus brefs délais et au plus tard, 24 heures après le vol.

Ne sont pas considérés comme tiers : le partenaire cohabitant de l'assuré, toutes les autres personnes qui résident au foyer de l'assuré et les parents et alliés en ligne directe des personnes précitées.

Déclaration

Tout sinistre doit être déclaré à l'assureur au moyen du formulaire intitulé Déclaration de sinistre - Assurance

Protection financière, disponible sur le site Internet www.cbc.be et dans les agences du preneur d'assurance, dans les plus brefs délais et au plus tard, 72 heures après le vol ou après le retour de l'assuré en Belgique, si le sinistre s'est produit à l'étranger. L'assuré doit en outre remettre à l'assureur un document prouvant qu'il a porté plainte auprès des autorités compétentes. Une copie du procès-verbal sera jointe à ce document. Le caractère tardif de la déclaration ne sera pas reproché à l'assuré si la déclaration a été effectuée aussi rapidement que raisonnablement possible.

4. Risques exclus

Pour les garanties Incapacité de travail, Problèmes de santé graves et Décès :

- Les garanties n'interviennent pas dans les cas suivants :
 - acte volontaire, sauf s'il s'agit d'une tentative réfléchie de sauvetage de personnes (ou de biens) en danger. Le suicide est couvert au terme de la première année qui suit la date de l'affiliation à l'assurance ;
 - faits de guerre, émeutes, troubles, actes de violence collectifs de nature politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités publiques ou tout autre pouvoir établi, si l'assuré y a pris part volontairement et activement ;
 - réactions nucléaires, radioactivité et radiations ionisantes, à l'exception des radiations requises à la suite d'une maladie ou d'un accident ;
 - utilisation d'appareils de navigation aérienne, sauf en tant que pilote ou passager à bord d'un avion destiné légalement au transport de personnes, d'un avion militaire de transport ou d'un avion à moteur ou d'un planeur utilisés dans un but touristique ;
 - saut en parachute (sauf force majeure) ;
 - tremblement de terre et éruption volcanique ;
 - crime ou délit commis par l'assuré en tant qu'auteur ou que co-auteur.

Autres exclusions applicables dans le cas des garanties Incapacité de travail et Problèmes de santé graves :

- Les garanties Les garanties n'interviennent pas dans les cas suivants :
 - consommation de drogue, toxicomanie, ivresse, intoxication alcoolique ou alcoolisme ;
 - troubles subjectifs ou psychiques sans symptômes objectifs ;
 - préparation de ou participation à des concours d'adresse ou de vitesse avec des animaux ou des véhicules et à toute autre activité sportive pratiquée autrement que dans un contexte de loisirs ;

- conséquences ou complications d'une maladie ou d'une affection qui s'est manifestée avant l'affiliation à l'assurance, si le diagnostic a été posé avant la date de l'affiliation ou dans les deux ans qui l'ont suivie. Par "conséquences ou complications", l'assureur entend également la poussée aiguë d'une maladie ou d'une affection contagieuse, inflammatoire ou chronique ;
- tentative de suicide.

Exclusions applicables à la garantie Perte financière due à un retrait sous la menace ou à une agression après un retrait :

- La garantie n'intervient pas dans les cas suivants :
 - acte intentionnel ou complicité de l'assuré, d'une personne qui réside au foyer de l'assuré ou des parents ou alliés en ligne directe des personnes précitées.

5. Cotisation d'affiliation

La cotisation d'affiliation à la présente assurance est due par l'assuré, et débitée chaque mois du compte de crédit par le preneur d'assurance. Elle est fixée à 0,35% du solde à rembourser à la clôture mensuelle du compte. Elle est fixée à 0,65% si les assurés sont au nombre de deux. La cotisation d'affiliation s'entend taxes et frais compris.

6. Modalités de paiement

L'assureur paie la somme destinée à l'assuré par le biais de l'ouverture de crédit liée à la carte.

7. Déchéance de garantie

Si l'assuré ou ses ayants droit ne respectent pas les obligations imposées par l'article 3 et que ceci entraîne un préjudice pour l'assureur, celui-ci peut invoquer une réduction totale ou partielle de ses prestations d'assurance et, le cas échéant, réclamer le remboursement des indemnités indûment perçues. L'assureur peut refuser sa couverture si l'assuré ou ses ayants droit ont intentionnellement contrevenu aux obligations précitées.

Le caractère tardif de la déclaration ne peut pas être reproché à l'assuré qui prouve que le retard est dû à la force majeure ou qu'il a effectué la déclaration aussi rapidement que raisonnablement possible.

8. Durée des garanties

La couverture d'assurance prend effet le lendemain du jour de la signature de la demande d'affiliation par l'assuré.

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

- à la clôture du compte de crédit ;
- à la prise d'effet de la résiliation du contrat entre le preneur d'assurance et l'assureur ;
- en cas de non-paiement de la cotisation d'affiliation, après que l'assuré en ait été averti par écrit ;
- au décès de l'assuré.

L'assuré a le droit de résilier à tout moment son affiliation à l'assurance. La résiliation doit être notifiée par écrit à ou signifiée dans une agence du preneur d'assurance.

L'assurance prend fin à la date de la signification écrite de la résiliation par l'assuré.

9. Informations à l'assuré

Le présent document est un extrait de la police d'assurance. Le preneur d'assurance informera l'assuré de toute modification des conditions de couverture de l'Assurance Protection financière. S'il ne résilie pas son affiliation à l'assurance dans les 30 jours qui suivent la notification de la modification, l'assuré est réputé accepter les nouvelles conditions de couverture.

10. Territorialité

L'assurance s'applique dans le monde entier.

11. Droit applicable et tribunaux compétents

Le présent contrat est régi par le droit belge. Tout litige entre les parties sera soumis à la compétence des tribunaux belges.

Mentions légales obligatoires

Dans les dispositions qui suivent, "Vous" désigne l'assuré.

Protection des données à caractère personnel

Le respect de votre vie privée est très important pour l'assureur. Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données à caractère personnel du (candidat-)preneur d'assurance, de l'assuré, de l'affilié ou du bénéficiaire dans la déclaration en matière de respect

de la vie privée de l'assureur. Vous y trouverez également quels sont vos droits et comment vous pouvez 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. Vous pouvez également en obtenir une version papier auprès de votre intermédiaire (en assurances).

Si vous communiquez à l'assureur des données à caractère personnel d'autres personnes (par exemple un assuré), vous devez informer ces personnes au préalable sur l'utilisation de leurs données à caractère personnel par l'assureur et, si nécessaire, leur demander leur autorisation.

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.

Traitement des plaintes

Si vous souhaitez vous plaindre à propos de cette assurance, veuillez vous adresser au service Gestion des plaintes, Avenue Albert 1er 60, 5000 Namur, par e-mail : gestiondesplaintes@cbc.be ou par fax au 081 80 39 86.

En l'absence de solution satisfaisante, vous pourrez saisir l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, info@ombudsman.as, compétent pour l'intégralité du secteur.

Ou surfez sur www.ombudsman.as.

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

Communication

KBC Assurances peut communiquer avec vous en français, néerlandais ou allemand. N'hésitez pas à préciser votre langue de prédilection ; ce choix peut être modifié à tout moment.