

Conditions générales "Assurance Protection Financière"

MARCHES A SUIVRE

Sélectionnez le formulaire souhaité dans le tableau ci-dessous et cliquez sur la langue.
Le formulaire choisi sera imprimé.

LISTE DES FORMULAIRES

- Cartes datant avant le 29-08-2016 jusqu'à la migration du 14-11-2016 [FR](#)
 - Nouvelles cartes à partir de 29-08-2016 [FR](#)
-

Conditions générales

"Assurance Protection Financière"

Article 1 : Définitions

Contrat d'assurance : Contrat conclu entre l'assureur et le preneur d'assurance au profit des assurés par laquelle, en cas de sinistre, se crée une relation de droit directe entre l'assureur et l'assuré. Ce contrat stipule les droits et obligations de toutes les parties, y compris ceux des assurés.

Assureur : KBC Assurances, SA ayant son siège social en Belgique, Professor Roger Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven, RPM Louvain, entreprise agréée pour toutes les branches sous le code 0014 (A.R. 4 juillet 1979, Mon. belge 14 juillet 1979).

Preneur d'assurance : KBC Bank, SA ayant son siège social à 1080 Bruxelles, avenue du Port 2, RPM 0462 920 226, qui souscrit le contrat auprès de l'assureur.

Personne assurée : Toute personne physique ayant ouvert un crédit Pinto Visa, KBC-Visa Vision, KBC-MasterCard Globe, Carte de crédit Silver Flex KBC, Carte de crédit Gold Flex KBC et Carte de crédit Platinum Flex KBC, Visa Confort CBC, MasterCard Globe CBC ou MasterCard Platinum CBC avec limite maximale de dépenses de 15 000 euros (dans le cadre de l'ouverture d'un compte de crédit), répondant aux conditions d'affiliation et ayant souscrit l'assurance.

Bénéficiaire : La personne au profit de laquelle l'assurance a été souscrite :

- pour les garanties fraude et incapacité de travail : l'assuré,
- pour la garantie décès : le preneur d'assurance.

Incapacité totale de travail : L'impossibilité d'exercer ou de reprendre son activité professionnelle à la suite d'une décision médicale. Elle existe pour autant que l'assuré soit contraint, du fait de cette impossibilité, d'arrêter toute activité professionnelle régulière.

Carte Pinto Visa, KBC-Visa Vision, KBC-MasterCard Globe, Carte de crédit Silver Flex KBC, Carte de crédit Gold Flex KBC, Carte de crédit Platinum Flex KBC, Visa Confort CBC, MasterCard Globe CBC, MasterCard Platinum CBC : Carte de crédit internationale, émise par le preneur d'assurance et proposée par les agences de KBC Bank SA (Pinto Visa, KBC-Visa Vision, KBC-MasterCard Globe, Carte de crédit Silver Flex KBC, Carte de crédit Gold Flex KBC, Carte de crédit Platinum Flex KBC) et de CBC Banque SA (Pinto Visa, Visa Confort CBC, MasterCard Globe CBC, MasterCard Platinum CBC) et par les agents de Centea SA (uniquement pour la carte Pinto Visa) que nous considérons comme intermédiaires.

Intermédiaires :

- 1 KBC Bank, SA ayant son siège social en Belgique, avenue du Port 2, 1080 Bruxelles, FSMA 026256 A ;
- 2 CBC Banque, SA ayant son siège social en Belgique, Grand'Place 5, 1000 Bruxelles, FSMA 017588 A ;
- 3 L'agent bancaire Centea indépendant mentionné sur le formulaire d'affiliation auprès duquel l'assuré a sollicité une ouverture de crédit Pinto Visa.

Affection préexistante : Une maladie ou une infirmité qui s'est déjà manifestée avant la date de l'affiliation de l'assuré, de même qu'un accident survenu avant cette date.

Article 2 : Conditions d'affiliation

Dans le cadre de ce contrat, seules les personnes physiques qui satisfont aux conditions d'affiliation suivantes peuvent être assurées :

- avoir ouvert une ouverture de crédit Pinto Visa, KBC-Visa Vision, KBC-MasterCard Globe, Carte de crédit Silver Flex KBC, Carte de crédit Gold Flex KBC, Carte de crédit Platinum Flex KBC, Visa Confort CBC, MasterCard Globe CBC ou MasterCard Platinum CBC avec limite maximale de dépenses de 15000 euros auprès du preneur d'assurance ;
- avoir au minimum 18 ans ;
- avoir au maximum 65 ;
- exercer une activité professionnelle régulière ;
- avoir été accepté médicalement par l'assureur sur la base du «formulaire d'affiliation à l'assurance».

Si une même ouverture de crédit est souscrite par deux personnes physiques, toutes deux peuvent contracter cette assurance si elles le souhaitent, à condition qu'elles répondent aux conditions d'affiliation susmentionnées.

Article 3 : Garanties

Décès

En cas de décès de l'assuré, l'assureur paie un capital égal au solde débiteur du compte de crédit à la date du décès (à 0h 00).

Si le décès survient pendant une période d'incapacité de travail pour laquelle une intervention est prévue et si le décès et l'incapacité de travail ont en outre la même origine, le paiement est égal au solde débiteur du compte de crédit à la date du début de cette incapacité de travail dont on déduit les remboursements mensuels minimums et les cotisations d'affiliation déjà pris en charge par l'assureur.

Incapacité de travail

Lorsque l'assuré est en incapacité totale de travail pendant une période d'au moins 60 jours consécutifs, l'assureur paie une rente qui correspond à l'apurement mensuel minimum obligatoire et à la cotisation d'affiliation mensuelle due. Ces deux montants sont calculés sur la base du solde débiteur à la date de début de l'incapacité de travail (à 0h00) et ont trait à l'usage autorisé du compte de crédit pendant la période qui précède la date du début de l'incapacité de travail. La rente, que paie l'assureur, est limitée au solde débiteur à la date de début de l'incapacité de travail (à 0h00). L'intervention de l'assureur débute le premier jour de l'incapacité de travail et est maintenue tant que l'assuré est en incapacité totale de travail.

Si les deux assurés sont simultanément en incapacité de travail, l'assureur ne paie qu'une fois la cotisation d'affiliation mensuelle totale qui est due.

Pour que cette garantie intervienne, il faut que la totalité des 60 jours consécutifs survienne pendant la durée de l'assurance.

Si une nouvelle incapacité de travail survient dans les trois mois qui suivent la fin d'une incapacité assurée, le délai minimum de 60 jours n'est pas appliqué de nouveau, à condition que la nouvelle incapacité de travail soit due à la même maladie ou au même accident.

En cas de rechute, l'intervention de l'assureur est limitée au solde débiteur à la date du début de la première incapacité

de travail dont on déduit les remboursements déjà pris en charge par l'assureur.

Pertes financières liées à l'usage frauduleux de la carte en cas de vol ou de perte.

L'assureur paie le montant de la perte financière subie par l'assuré qui découle d'achats ou de retraits d'argent effectués de manière frauduleuse avant la déclaration de la perte ou du vol de la carte délivrée à son titulaire.

L'assureur accorde également la couverture contre les abus commis par des tiers auxquels le détenteur de la carte avait temporairement confié des cartes pour effectuer des paiements.

Si plusieurs cartes sont délivrées pour un seul compte de crédit, la garantie s'applique à toutes ces cartes.

La couverture s'applique à partir du premier abus de la carte. Dans le cadre de la garantie, l'on considère que tous les abus ultérieurs ou récupérations éventuelles qui résultent d'un même vol ou d'une même perte ont eu lieu au moment du premier abus.

Article 4 Risques exclus

Cette assurance ne couvre pas les sinistres qui découlent :

Spécifiquement pour les garanties décès et incapacité de travail :

- d'actes volontaires ou du comportement téméraire de l'assuré ou de tout bénéficiaire en cas de paiement sauf s'il s'agit d'une tentative réfléchie de sauvetage de personnes (ou de biens) en danger ;
- d'un fait de guerre, d'émeutes, de troubles civils, d'actes de violence collectifs de nature politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de révolte vis-à-vis des autorités et de tout pouvoir investi, pour autant que l'assuré y ait pris part volontairement et activement ;
- de réactions nucléaires, de la radioactivité et de radiations ionisantes, à l'exception des radiations requises à la suite d'une maladie ou d'un accident ;
- de l'utilisation d'appareils de navigation aérienne, sauf en tant que pilote amateur 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 dans un but touristique. Dans ce cas, toutefois, il doit s'agir pour le pilote d'un vol autorisé par son permis de vol et l'appareil doit être muni d'un certificat de navigabilité ;
- d'un saut en parachute, sauf en cas de force majeure ;
- de tremblements de terre et éruptions volcaniques ;
- d'un crime ou d'un délit commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur et dont il aurait pu prévoir les conséquences ;
- du suicide au cours de la première année qui suit la date d'affiliation à l'assurance.

Spécifiquement pour la garantie incapacité de travail :

- de la consommation de drogue, la toxicomanie, l'ivresse, l'intoxication alcoolique et l'alcoolisme sauf si l'assuré prouve qu'il n'y a aucun lien causal entre ces circonstances et l'incapacité de travail ;
- des troubles subjectifs ou psychiques sans symptômes objectifs ;
- de la préparation ou de la participation à des concours d'adresse ou de vitesse avec des animaux ou des véhicules et à toute autre activité sportive pratiquée dans un but autre que le simple délassement ;
- des conséquences ou complications d'une affection préexistante, pour autant que le diagnostic ait été posé avant la date de l'affiliation ou dans les deux ans qui suivent la date de l'affiliation de l'assuré. Par conséquences et

complications, l'assureur entend également une poussée aiguë d'une maladie contagieuse, inflammatoire ou chronique ;

- de l'incapacité de travail qui coïncide avec la période de congé de maternité ;
- d'une tentative de suicide.

Spécifiquement pour la garantie pertes financières liées à l'usage frauduleux de la carte en cas de vol ou de perte :

- d'une déclaration faite au preneur d'assurance (via Card Stop) plus de 24 heures après la constatation du vol ou de la perte de la carte (sauf si l'assuré démontre que la déclaration tardive est due à un cas de force majeure ou que la déclaration a été faite aussi rapidement que possible) ;
- de l'usage frauduleux découlant d'une faute intentionnelle commise par l'assuré ou avec sa complicité ;
- de la conservation au même endroit et/ou de la non-protection de la carte et de son code secret ;
- de l'usage frauduleux de la carte par le conjoint de l'assuré, ses parents ou alliés en ligne directe ou indirecte ;
- de la perte de bénéfice et d'autres dommages indirects ou consécutifs. Les intérêts à payer ne sont remboursés que jusqu'au moment du remboursement de la perte financière liée à l'usage frauduleux de la carte ;
- de la falsification et de la contrefaçon.

Article 5 Versement des cotisations d'affiliation

La cotisation d'affiliation est due par l'assuré et est payable mensuellement via un prélèvement sur le compte de crédit du preneur d'assurance. La cotisation d'affiliation est exprimée sous la forme d'un pourcentage du solde restant dû à la date de la clôture mensuelle du compte et s'élève à 0,35% s'il n'y a qu'un seul assuré et à 0,65% s'il y a deux assurés. Les taxes et les frais sont compris dans la cotisation d'affiliation.

Article 6 Conditions pour l'intervention

Garantie décès

Le décès de l'assuré doit être communiqué dans les agences de votre intermédiaire. L'assureur effectue le paiement lorsqu'il a reçu les documents suivants :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- un certificat médical mentionnant la cause du décès. L'assuré accepte que son médecin transmette une telle déclaration au médecin-conseil de l'assureur.

Garantie incapacité de travail

Toute incapacité de travail pouvant être prise en considération pour une indemnité doit être déclarée dans les 4 mois dans les agences de votre intermédiaire. Ce délai de déclaration débute à la date du début de l'incapacité de travail.

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. Si l'assureur le juge nécessaire pour évaluer le risque, il peut demander des renseignements supplémentaires ou demander à l'assuré de se soumettre à un examen médical.

L'existence et la durée de l'incapacité de travail sont constatées par le médecin-conseil de l'assureur sur la base des données fournies par l'assuré.

Garantie pertes financières liées à l'usage frauduleux de la carte en cas de vol ou de perte

Tout vol ou toute perte de la carte doit être communiqué dans les 24 heures qui suivent la constatation. La perte ou le vol de la carte doit être déclarée à CARD STOP au numéro 070 344

344 (24h/24).

L'assuré doit en outre transmettre à l'assureur un document prouvant qu'une plainte a été déposée ou que la perte de la carte a été déclarée à la police fédérale. Une copie du procès-verbal doit être immédiatement transmise à l'assureur via les agences de votre intermédiaire.

Article 7 : Modalités de paiement

L'assureur effectue le paiement destiné à l'assuré via l'ouverture de compte liée à la carte.

Article 8 : Déchéance du droit aux garanties

Si l'assuré ou ses ayants droit ne respectent pas les obligations stipulées à l'article 6 et que cela entraîne un préjudice pour l'assureur, ce dernier peut demander une réduction totale ou partielle de ses prestations d'assurance et, le cas échéant, le remboursement des indemnités payées à tort. L'assureur peut refuser d'accorder la couverture lorsque l'assuré ou ses ayants droit n'ont pas respecté les obligations précitées avec une intention frauduleuse.

L'assureur ne peut invoquer le dépassement du délai fixé par l'article 6 pour effectuer la déclaration lorsque l'assuré démontre que la déclaration tardive est due à un cas de force majeure ou que la déclaration a été faite aussi rapidement que possible.

Article 9 : Durée des garanties

Pour les personnes qui satisfont aux conditions d'affiliation décrites à l'article 2, l'assurance entre en vigueur à la signature de la demande d'affiliation.

Pour les assurés individuels, l'assurance prend fin de plein droit :

Pour toutes les garanties :

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

Pour les garanties décès :

- le premier jour du mois qui suit le 70ème anniversaire de l'assuré.

Pour la garantie incapacité de travail :

- le premier jour du mois qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré ;
- le premier jour du mois qui suit la date de début de sa retraite légale ;
- le premier jour du mois qui suit l'arrêt définitif de l'activité professionnelle de l'assuré pour des raisons autres que médicales.

L'assuré a le droit de résilier l'assurance dans les 30 jours qui suivent la date d'affiliation à l'assurance ou, en cas de modification des conditions générales de l'Assurance Protection financière, dans les 30 jours qui suivent la date de l'annonce de cette modification. La résiliation doit se faire par écrit dans une agence KBC ou CBC. La résiliation effectuée dans les 30 jours suivant la date d'affiliation devient effective à la date à laquelle la lettre de résiliation est envoyée par courrier (date de la poste) ou est déposée dans une agence KBC ou CBC. Une résiliation faisant suite à une modification des conditions générales de l'Assurance Protection Financière devient effective à la date à laquelle les nouvelles conditions générales de l'Assurance Protection Financière entrent en vigueur.

Article 10 : Informations à l'assuré

Ce document est un extrait du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance informera les assurés de toute modification des conditions générales de l'assurance Protection Financière. Si l'assuré ne résilie pas son affiliation à l'assurance dans les délais et sous les conditions décrites à l'article 9, il est considéré avoir accepté les nouvelles conditions générales de l'assurance.

Article 11 : Plaintes

L'assuré peut s'adresser à l'assureur pour toute question relative à ce contrat. Les plaintes éventuelles peuvent être adressées :

- Service gestion des plaintes KBC, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven. Tél. 0800 620 84, Fax 016 86 30 38, e-mail : plaintes@kbc.be, [http:// www.kbc.be](http://www.kbc.be)
- au Médiateur des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles. Tél. 02 547 58 71, Fax 02 547 59 75, www.ombudsman.as

L'assuré conserve toutefois toujours le droit d'intenter une action judiciaire.

Article 12 : Étendue territoriale

L'assurance est d'application partout dans le monde.

Article 13 : Droit applicable et juridiction compétente

Le droit belge est applicable au présent contrat. Toutes les contestations entre parties concernant le présent contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Article 14 : Loi sur la protection de la vie privée

Les données à caractère personnel communiquées par l'assuré le concernant ou concernant le bénéficiaire sont utilisées par l'assureur et ses intermédiaires pour conclure, gérer, mettre en œuvre l'assurance et, de manière générale, pour pouvoir offrir à l'assuré un service complet. Dans ce cadre, il est parfois nécessaire de traiter des informations relatives à la santé.

Les données relatives à l'identité et à la détention de produits peuvent uniquement être échangées à des fins de marketing au sein du Groupe KBC. Il est possible de s'y opposer par simple communication.

Etant donné que l'assureur, de concert avec d'autres assureurs, veut lutter contre la fraude à l'assurance, il peut stocker à cette fin des données dans une banque de données interne et les communiquer au G.I.E. DATASSUR. L'assuré en est averti et a la possibilité de prendre connaissance des données communiquées auprès de DATASSUR, square de Meeûs 29, 1000 Bruxelles et d'en demander la rectification.

L'assuré peut contacter le service « Vie privée » de l'assureur s'il a des questions à poser sur la façon dont ce dernier garantit le respect de la vie privée. L'assuré pourra également y consulter les données traitées et faire rectifier les erreurs éventuelles.

Si l'assuré souhaite obtenir des informations générales sur ses droits et obligations, il peut s'adresser à la Commission de la protection de la vie privée à Bruxelles.

Conditions générales "Assurance Protection Financière"

Article 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, Grand-Place 5, 1000 Bruxelles, 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 Globe CBC, MasterCard Platinum CBC, Visa Confort 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 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 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.

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 de l'ouverture de crédit souscrite auprès du preneur d'assurance et liée à la carte pour laquelle l'assuré s'affilie à la présente assurance.

Article 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, MasterCard Globe CBC, MasterCard Platinum CBC ou 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 la 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.

Article 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 en incapacité de travail totale pendant 60 jours consécutifs au moins pendant la durée de l'assurance, l'assureur s'acquitte :

- du montant du remboursement mensuel minimum obligatoire, et
- de la cotisation d'affiliation mensuelle due pour l'assurance pendant la période d'incapacité de travail totale.

Conditions générales

"Assurance Protection Financière"

L'un et l'autre sont calculés sur le solde débiteur du compte de crédit à la prise d'effet de l'incapacité de travail (à 00 h 00), sans que le remboursement puisse excéder le montant du solde débiteur.

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.

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 la 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 équivalent à deux fois le montant du remboursement mensuel minimum obligatoire, et
- de la cotisation d'affiliation mensuelle due pour l'assurance.

Chacun de ces montants est calculé sur le solde débiteur à la date de l'hospitalisation (à 00 h 00) et donc sur les dépenses liées à l'utilisation du compte de crédit 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.

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 paie au preneur d'assurance un montant égal au solde débiteur du compte de crédit à la date du décès (à 00 h 00).

Si le décès survient pendant une période d'incapacité de travail assurée et qu'en outre, décès et incapacité de travail procèdent d'une même cause, le montant de la prestation est égal au solde débiteur du compte de crédit à la prise d'effet de l'incapacité de travail, diminué du montant d'ores et déjà acquitté par l'assureur.

Si le décès survient pendant une hospitalisation assurée, le montant de la prestation est égal au solde débiteur du compte de crédit à la date de l'hospitalisation, diminué du montant d'ores et déjà acquitté par l'assureur.

Déclaration

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

Conditions générales

"Assurance Protection Financière"

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 70e 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.

Article 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 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.

Conditions générales "Assurance Protection Financière"

Article 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.

Article 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.

Article 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.

Article 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.

Article 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.

Article 10 Territorialité

L'assurance s'applique dans le monde entier.

Article 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.

Loi relative à la protection des données à caractère personnel

KBC Assurances attache beaucoup d'importance à la protection de votre vie privée. Elle s'efforce de traiter les (vos) données à caractère personnel en toute légalité, honnêteté et transparence. Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans notre Déclaration générale en matière de respect de la vie privée. L'objectif de cette déclaration est de vous informer sur la manière dont nous traitons les données à caractère personnel qui vous concernent, que vous soyez preneur d'assurance (prospect ou candidat-preneur), assuré ou bénéficiaire. Pour en faciliter les mises à jour, la Déclaration en matière de respect de la vie privée est publiée sur notre site Internet www.cbc.be/privacy. Vous pouvez également en obtenir une version papier dans les agences bancaires CBC. Nous vous recommandons d'en prendre attentivement connaissance, car elle concerne vos droits ainsi que vos obligations légales. En vertu de la relation commerciale qui nous lie, vous êtes réputé avoir autorisé, pour autant que de besoin, tous les traitements mentionnés dans la Déclaration en matière de respect de la vie privée, y compris les traitements à des fins de marketing direct (approche « sur mesure »).

Si la manière dont nous collectons et traitons vos données à caractère personnel ne vous agrée pas, nous vous recommandons d'initier les démarches qui s'imposent, par exemple en nous en avertissant par les canaux prévus à cet effet.

Conditions générales "Assurance Protection Financière"

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 Traitement des plaintes, Brusselsesteenweg 100, 3000 Leuven, Belgique, E-mail: plaintes@cbc.be, par téléphone au numéro 0800 620 84 (gratuit) ou 078 15 20 45 (payant) ou par fax, au 016 86 30 38. 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.