

CONDITIONS GENERALES 'PLAN PROTECTION CREDIT'

L'assurance principale: 'DÉCÈS '

MetLife Insurance SA', entreprise d'assurance agréée sous le numéro de code 0956, ci-après nommée la Compagnie, s'engage, en vertu des conditions particulières, en cas de décès de l'assuré, à payer un capital dont le montant sera égal au solde restant dû du crédit, à la date du décès de l'assuré, avec un maximum de 12.400,00 EUR.

Article 1 - Dispositions fondamentales - incontestabilité

Les déclarations du preneur d'assurance forment la base du présent contrat, qui prend effet dès la réception par le preneur d'assurance des conditions particulières et générales signées par la Compagnie. Le preneur d'assurance est l'assuré. Ce contrat est incontestable dès sa prise d'effet, hormis en cas de fraude.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans un délai de trente jours (délai de réflexion) à dater de la réception par la Compagnie de la demande de souscription. Pendant le même délai, la Compagnie peut également résilier le contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet 8 jours après la notification. L'assurance est valable dans le monde entier.

Article 2 - Durée du contrat d'assurance

L'assurance est en principe conclue pour une période indéterminée. Néanmoins, le contrat d'assurance prendra fin dans les cas suivants:

- a) au 65ème anniversaire de l'assuré;
 - b) en cas de cessation de paiement de la prime d'assurance pour cause de non-disponibilité des fonds sur le compte de crédit du preneur d'assurance;
 - c) pour le risque 'incapacité de travail', à la cessation des activités professionnelles de l'assuré ou à sa mise à la retraite anticipée;
 - d) lorsque du fait de la constatation d'une incapacité de travail totale et permanente, l'assurance complémentaire incapacité de travail prend fin de plein droit.
- Le preneur d'assurance peut, à tout moment et sans préavis, mettre fin par écrit au contrat d'assurance.
- La cessation du contrat prend effet à la date mentionnée dans la lettre de renon ou, à défaut, à la date de réception de la lettre de renon par l'assureur.

Article 3 - Paiement des primes d'assurance

La prime d'assurance est due mensuellement et sera prélevée sur le compte crédit du preneur d'assurance par Citibank Belgium SA, mandaté à cet effet par le preneur d'assurance. Les primes prélevées seront renseignées sur le décompte mensuel du crédit. Le calcul des primes d'assurance est effectué sur le solde moyen dû du crédit (avec un maximum de 12.400,00 EUR) sur la période de facturation.

Le tarif est révisable chaque année.

Quelle que soit la périodicité de la prime, le paiement de celle-ci ou d'une de ses fractions n'est pas obligatoire.

Article 4 - Paiement des sommes assurées

Le montant remboursé par la Compagnie sera égal au solde restant dû du crédit au moment du décès de l'assuré, avec un maximum de 12.400,00 EUR.

Les sommes exigibles du fait de décès de l'assuré seront payées au bénéficiaire contre remise des documents suivants:

- a) l'original des conditions particulières;
- b) un extrait de l'acte de décès de l'assuré;
- c) un certificat médical délivré par la Compagnie et complété par le médecin qui a traité l'assuré en dernier lieu, mentionnant les causes du décès.

Toutefois, si le décès a été provoqué par le fait intentionnel d'un ou plusieurs des bénéficiaires du contrat, ce ou ces derniers seront exclus de toutes prestations.

Article 5 - Risques exclus

Sont formellement exclus de la présente convention:

- a) le décès suite à un accident ou une maladie connue de l'assuré et préexistante à l'entrée en vigueur de l'assurance, pour autant que l'assuré soit au courant avant la souscription de l'assurance

- b) le décès résultant d'un suicide durant la première année suivant la date de prise d'effet du contrat;
 - c) le décès résultant d'un accident d'avion, sauf si l'assuré était un passager payant d'une ligne régulière de navigation aérienne;
 - d) le décès de l'assuré provoqué par un fait intentionnel ou à l'instigation du bénéficiaire;
 - e) le décès résultant de la mise en exécution de la peine de mort suite à une condamnation judiciaire;
 - f) le décès résultant immédiatement et directement d'un crime ou d'un délit commis volontairement par l'assuré en tant qu'auteur ou co-auteur et dont il pouvait prévoir les conséquences;
 - g) le décès résultant d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagné ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir institué, si l'assuré y a pris une part active et volontaire;
 - h) le décès résultant de la guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire. Cette exclusion est étendue à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités;
- Toutefois, si les circonstances le justifient et moyennant l'accord de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances, ces risques peuvent être couverts par une convention particulière. Lorsque le décès de l'assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilité, il convient de distinguer deux cas:
1. Si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, l'assuré obtient la couverture du risque de guerre pour autant qu'il n'ait pas participé activement aux hostilités;
 2. Si l'assuré se rend dans un pays où se déroule un conflit armé, l'assuré ne peut obtenir la couverture du risque de guerre que moyennant le paiement d'une surprime, mentionnée expressément dans les conditions particulières et pour autant que l'assuré ne participe pas activement au conflit.

Article 6 - Rachat

Aucune valeur de rachat n'est prévue dans le présent contrat.

Article 7 - Participation Bénéficiaire

La présente assurance ne participe pas au plan de participation bénéficiaire de la Compagnie.

Article 8 - Calcul de l'âge à la souscription

S'il est constaté que l'assuré avait atteint ou dépassé l'âge de 61 ans au moment où la police a été établie, l'assurance sera annulée et les primes remboursées sans bonification d'intérêts.

Article 9 - Contestations et plaintes

Si l'assuré s'oppose aux contrôles nécessaires par les Compagnies d'assurances, sauf cas de force majeure ou lorsque la Société n'en subit aucun dommage, les interventions de l'assureur s'arrêtent immédiatement. Toute plainte éventuelle concernant cette assurance ou les services qui y sont liés peut être adressée au service clientèle de la Citibank Belgium S.A., Boulevard Général Jacques 263g à 1050 Bruxelles ou à MetLife Insurance SA, Boulevard de la Plaine 11, à 1050 Bruxelles. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte relative au présent contrat peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances, au Square de Meeûs 35, à 1000 Bruxelles.

Article 10 - Juridiction et droit applicable

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, le droit belge est d'application pour le contrat et les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges.

L'assurance complémentaire: 'INCAPACITE de TRAVAIL'

Les conditions générales de l'assurance principale s'appliquent à cette assurance complémentaire pour autant qu'aucune stipulation propre à l'assurance additionnelle ne vienne y déroger.

Article 1 - Définition de la garantie

L'assurance incapacité de travail complémentaire à l'assurance principale 'décès' est un contrat par lequel la Compagnie s'engage à garantir en cas d'incapacité totale pendant la période d'incapacité un remboursement mensuel égal à 10% du montant restant dû du crédit le jour précédent le début de l'incapacité de travail, avec un maximum de 12 mois consécutifs. Cependant, ce montant restant dû sera limité à 12.400,00 EUR. L'incapacité de travail doit être totale, ce qui est le cas lorsqu'il est établi sur base de rapports médicaux objectifs que l'assuré ne peut d'aucune façon exercer sa profession, qu'il ne l'exerce pas dans les faits et qu'il ne peut exercer aucune autre occupation lucrative. Une incapacité de travail temporaire ou permanente d'au moins 67% est assimilée à une incapacité de travail totale, et la Compagnie paie alors les sommes assurées comme spécifié par le présent contrat.

Article 2 - Portée de la garantie

Le paiement des sommes assurées tel que spécifié à l'article 1, est dû par la Compagnie lorsque l'assuré, suite à une maladie ou à un accident, est frappé d'incapacité totale de travail et ce après une période d'attente de 90 jours consécutifs.

Les remboursements s'effectueront tous les mois à la date d'anniversaire du sinistre, pour autant que l'assuré soit toujours en incapacité totale de travail à cette date d'anniversaire. Aucun montant n'est donc dû par la Compagnie pour les 90 premiers jours d'incapacité de travail. Cette période de 90 jours sera prise en considération lors de chaque nouvelle incapacité de travail. La date de début d'incapacité de travail est la date à laquelle celle-ci a été médicalement établie.

En cas de nouvelle incapacité totale de travail due à la même maladie ou au même accident et survenant après une reprise de travail inférieure à 12 mois, la période d'attente n'est plus d'application.

L'intervention est cependant limitée au montant du solde dû à la date du début de la première incapacité de travail, diminué des remboursements mensuels déjà pris en charge par la Compagnie.

Lorsque l'assuré est déjà frappé d'incapacité de travail à la date d'entrée en vigueur du présent contrat, seul le degré d'incapacité de travail dû à la nouvelle invalidité sera pris en considération pour le calcul des paiements.

La détermination du degré d'incapacité de travail se fera sur les bases admises en la matière telles qu'elles résultent de la jurisprudence en vigueur pour les accidents de travail. La Compagnie n'est plus redevable des paiements lorsque l'incapacité de travail n'est plus totale, à la cessation de l'assurance principale ou lorsque l'assuré atteint l'âge de 66 ans.

Article 3 - Obligations de l'assuré et des ayants droit

A. A la conclusion du contrat

Les déclarations et réponses de l'assuré aux questions posées doivent être claires, complètes et doivent correspondre à la réalité.

B. Dans le contrat.

o L'assuré en incapacité de travail depuis plus de 90 jours pour cause d'accident ou de maladie devra en aviser la Compagnie par lettre au plus tard dans un délai de 120 jours après le début de l'incapacité totale de travail. Après ce délai, il sera considéré que l'incapacité de travail a pris cours le jour de la déclaration et la période d'attente ne sera prise en considération, sans que cependant le calcul du montant assuré soit influencé.

o Dans le cas où l'assuré bénéficie d'indemnités de l'ONSS, les documents suivants doivent être remis à la Compagnie:

- o la preuve que l'assuré est considéré par l'ONSS/LINAMI comme invalide total et permanent;
 - o les calculs de l'ONSS desquels il apparaît que l'assuré bénéficie du droit d'indemnité d'invalidité totale.
- o La déclaration sera accompagnée d'un certificat établi aux frais de l'assuré par le(s) médecin(s) traitant(s), où seront mentionnés les causes, la nature, le degré, le début et la durée probable de l'incapacité de travail. Dans ce but, la Compagnie peut notamment exiger un certificat médical établi par le(s) même(s) médecin(s) au moyen d'un formulaire fourni par la Compagnie. Toute prolongation de l'incapacité de travail doit être documentée par un certificat médical et une attestation de l'ONSS envoyés à la Compagnie. Sans preuve de prolongation et après un délai de 2 mois, il sera considéré que l'assuré a repris ses activités professionnelles;
- o L'assuré autorisera son (ses) médecin(s) traitant(s) à communiquer aux médecins conseil de la Compagnie toutes les informations dont il(s) dispose(nt) sur son état de santé.

o Les mesures indispensables seront prises pour que les délégués de la Compagnie puissent entrer en contact avec l'assuré, que l'assuré puisse être consulté à tout moment par les médecins, et que la Compagnie puisse remplir toutes les missions qu'elle juge nécessaires.

o Si l'assuré réside en dehors de la Belgique, les prestations sont dues seulement si les contrôles tels que mentionnés ci-avant, peuvent être effectués.

o La fin de la période d'incapacité de travail doit être communiquée à la Compagnie dans les dix jours.

o Tout assuré qui transgresse les dispositions du présent article s'expose à rembourser toutes les sommes payées indûment par la Compagnie.

o Lorsque l'assuré ne respecte pas l'une des obligations mentionnées sous B, la Compagnie ne peut pas invoquer la déchéance du droit à la prestation si l'assuré établit que le non-respect est dû à un cas de force majeure ou que cela n'a pas causé de préjudice à la Compagnie.

C. Paiement des primes

Les primes sont perçues en même temps et selon les mêmes modalités que l'assurance principale 'décès'. Le preneur d'assurance a le droit de mettre fin, à tout moment, sans préavis et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale 'décès', au paiement des primes de l'assurance complémentaire.

La cessation du paiement des primes prend effet à la date mentionnée dans la lettre de renon ou, à défaut, à la date de réception de la lettre de renon par l'assureur.

Article 4 - Paiement des montants assurés

Les sommes assurées dues par la Compagnie seront payées au bénéficiaire à la date normalement prévue au contrat de crédit, pour autant que les dispositions de l'article 3 aient été respectées. Toutefois, si l'incapacité de l'assuré a été provoquée par le fait intentionnel d'un ou plusieurs des bénéficiaires du contrat, ce ou ces derniers seront exclus de toutes prestations. En application de l'article 8, le paiement se fera dans les 15 jours suivant la notification de la décision des instances concernées. En aucun cas des intérêts de retard ne seront dus par la Compagnie.

Article 5 - Rachat

De même que l'assurance principale 'décès', l'assurance complémentaire 'incapacité de travail' ne contient aucune valeur de rachat.

Article 6 - Risques exclus

La Compagnie n'est tenue à aucune prestation:

- a) Lorsque la cause de l'incapacité de travail est consécutive aux risques déjà exclus par ses conditions générales ou particulières du contrat principal 'décès' ;
- b) Lorsque la cause de l'incapacité de travail fait suite à un accident ou à une maladie dont l'origine est antérieure à la souscription de la police et dont l'assuré avait connaissance à la souscription ;
- c) Lorsque l'incapacité de travail de l'assuré a été provoquée par le fait intentionnel du preneur ou l'assuré, ou à son instigation;
- d) Lorsque la maladie ou l'accident à l'origine de l'incapacité de travail s'est produit, que la responsabilité de l'assuré soit engagée ou non, à l'occasion:
 - o d'une activité sportive rémunérée, indépendamment de la nature de la rémunération, de paris, ou d'une démonstration quelle qu'elle soit;
 - o de l'utilisation comme conducteur d'un véhicule motorisé à 2 ou 3 roues, à l'exclusion des cyclomoteurs du type'A';
 - o de troubles civils, de révoltes ou d'émeutes, à moins que l'assuré ne démontre la non-causalité entre l'incapacité de travail et ces circonstances;
 - o d'une tentative de suicide;
 - o d'une bagarre, sauf en cas de légitime défense;
 - o d'une blessure provoquée ou recherchée par l'assuré lui-même, à l'exclusion des tentatives de sauvetage de personnes, d'animaux ou de choses;
 - o de l'usage inconsidéré de stupéfiants ou de boissons alcoolisées, de l'état d'ivresse de l'assuré;
 - o de facteurs qui ne peuvent être vérifiés lors d'un examen médical ou qui sont liés à une affection nerveuse ou psychique ne présentant aucun symptôme objectif qui peut rendre le diagnostic incontestable, ainsi que d'affections et de complications psychiatriques;
 - o d'une grossesse;
 - o d'une maladie vénérienne;
 - o des conséquences directes ou indirectes d'une explosion, de chaleur ou de radiations résultant soit d'une transmutation de la structure atomique telles que la fusion, la radio-activité, soit de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques;
 - o d'une catastrophe naturelle;
 - o de soins ou de traitements esthétiques;
 - o de la pratique de sports réputés dangereux tels que : sauts d'obstacles à cheval, alpinisme, delta plane, spéléologie, ski de compétition, sports sous-marins, rugby, motoball, polo à cheval, bobsleigh, navigation de plaisance à plus de 3 miles de la côte, aviation, navigation aérostatique, parachutisme, chasse aux animaux sauvages ou gros gibier, boxe, lutte, catch, autorodeo, courses, épreuves de vitesse, courses de voitures, de motos, de vélomoteurs, courses cyclistes, compétition à cheval ou utilisant des véhicules tirés par des chevaux, véliplanisme (compétition), ainsi que des exercices ou essais liés à toutes ces compétitions sportives;
 - o de la pratique de professions réputées dangereuses telles que: acrobate, dompteur, coureur, para-commando, transporteur ou co-transporteur d'explosifs et des activités professionnelles suivantes: fabrication, utilisation ou traitement d'explosifs, fabrication ou utilisation de produits chimiques corrosifs, fabrication d'insecticides, aviation (personnel navigant), descente dans les puits et les mines.

Article 7 - Dispositions légales

1. L'assureur s'engage à respecter les décisions de l'ONSS pour tous les assurés affiliés à cet organisme. Pour les autres assurés, l'assureur se réserve le droit de demander des preuves supplémentaires et éventuellement de soumettre l'assuré à un examen médical auprès d'un médecin désigné par l'assureur et aux frais de celui-ci. Le médecin examinateur déterminera avec l'assuré la date de l'examen de contrôle qui pourra se dérouler en présence du médecin traitant de l'assuré (aux frais de l'assuré).

2. Les notifications à l'attention de l'assureur doivent être adressées au Siège Social. Les notifications adressées à l'assuré doivent être adressées en bonne et due forme à sa dernière adresse connue. La date de la poste sera considérée comme la date de la notification.

Article 8 - Contestations et plaintes

Si l'assuré s'oppose aux contrôles nécessaires par les Compagnies d'assurances, sauf cas de force majeure ou lorsque la Société n'en subit aucun dommage, les interventions de l'assureur s'arrêtent immédiatement. Toute plainte éventuelle concernant cette assurance ou les services qui y sont liés peut être adressée au service clientèle de la Citibank Belgium S.A., Boulevard Général Jacques 263g à 1050 Bruxelles ou à MetLife Insurance SA, Boulevard de la Plaine 11, à 1050 Bruxelles. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte relative au présent contrat peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances, au Square de Meeûs 35, à 1000 Bruxelles.

Article 9 - Juridiction et droit applicable

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, le droit belge est d'application pour le contrat et les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Article 10 - Durée du contrat d'assurance

La résiliation de l'assurance principale entraîne la résiliation de l'assurance complémentaire 'incapacité de travail'.

L'assurance complémentaire 'CHÔMAGE' et 'HOSPITALISATION'

Cette assurance complémentaire est une couverture complémentaire résultant d'une police collective conclue entre MetLife Insurance SA et MetLife Insurance Limited et dont l'assuré bénéficie suite à son adhésion à la police collective.

Article 1 - Définitions

. **L'assuré** : le preneur d'une ligne de crédit couplée à une carte de crédit Citibank et qui répond aux conditions d'adhésion. Sont assurés dans le volet Chômage: les assurés ayant un statut de salarié; Sont assurés pour la couverture 'hospitalisation': les assurés possédant un statut autre que celui de salarié (voir les critères de souscription).

. **Le bénéficiaire** : l'assuré.

. **Le preneur d'assurance de la police collective**: MetLife Insurance SA, Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles.

. **Capital assuré maximum** : le capital maximalelement assuré s'élève à 12.400,00 EUR.

. **La compagnie d'assurance** : MetLife Insurance Limited, 8th Floor, 1 Minster Court, Mincing Lane, London EC3R 7YL, agréée sous le n° de code CBFA 2496.

. **Mandaté pour l'administration de l'assurance complémentaire** : MetLife Insurance SA, Boulevard de la Plaine 11, à 1050 Bruxelles.

. **Le chômage complet** : la situation dans laquelle une personne se trouve si elle satisfait à l'ensemble des conditions d'admission et d'allocation d'indemnités de chômage et si elle perçoit ces allocations en Belgique tous les mois, en conformité avec la législation belge.

. **Hôpital** : institution légalisée de soins habilitée à pratiquer des actes et des traitements.

. **Hospitalisation** : admission dans un hôpital légalement agréé pendant 24 heures au moins. Si l'admission fait l'objet d'un Maxi forfait ou d'un Super forfait, elle est également prise en considération pour une indemnisation même si la durée de l'hospitalisation est inférieure à 24 heures;

. **Délai de carence**: la période au cours de laquelle aucune indemnité n'est due par la compagnie d'assurance. Le délai de carence commence le premier jour du mois qui suit la notification écrite à l'assuré de son licenciement par l'employeur et il se termine au plus tôt à la fin de la période couverte par les indemnités de licenciement ou au terme de la période de préavis légale. Dans tous les cas, le délai de carence est d'une durée minimale de 3 mois. Ce délai de carence ne concerne pas les non-salariés dans le cadre d'une hospitalisation.

. **Délai d'attente**: le délai d'attente est constitué par la première période de 3 mois à compter de la date de prise d'effet du certificat individuel. La compagnie d'assurance n'intervient en aucune manière en cas de sinistre prenant naissance au cours de cette période. Ce délai d'attente est automatiquement porté à 9 mois en cas de licenciement collectif. Le délai d'attente ne concerne pas les non-salariés dans le cadre d'une hospitalisation.

. **Personnes assurables**: les personnes qui contractent un crédit par le biais d'une carte de crédit Citibank et qui ont souscrit une police décès et incapacité de travail auprès de MetLife Insurance SA pour couvrir le même crédit. L'âge limite à la souscription est de 60 ans.

Article 2 - Critères de souscription

Pour le salarié assuré, la souscription est subordonnée à la déclaration préalable suivante: " J'exerce à titre principal une activité salariée avec un contrat de travail en vigueur depuis sept mois au moins auprès du même employeur et ce, sans interruption. Je ne suis ni en instance de démission, ni licencié, ni en départ pour la pension ni engagé dans le cadre d'une procédure de mise à la pension anticipée ou d'indemnisation pour inaptitude à l'emploi. " L'assuré titulaire d'un statut autre que salarié doit satisfaire aux critères médicaux de souscription de MetLife Insurance SA dans le cadre de ce crédit.

Article 3 - But de l'assurance

L'assurance a pour but de:

a) garantir au bénéficiaire les remboursements en cas de chômage complet indemnisé de l'assuré salarié. Chômage complet ne sous-entend pas que l'assuré doit avoir un travail à plein temps pour pouvoir bénéficier de l'assurance. Il suffit qu'il soit reconnu comme tel par les instances autorisées.

b) garantir au bénéficiaire les remboursements prévus en cas d'hospitalisation d'un assuré titulaire d'un autre statut.

Article 4 - Etendue de la garantie

1) En cas de licenciement de l'assuré salarié pour des raisons indépendantes de sa volonté et à l'expiration du délai d'attente, la compagnie d'assurance interviendra, au-delà du délai de carence, pour le paiement de 10% du solde restant dû à la date de la notification du licenciement de l'assuré. Les montants seront versés tous les mois, à la date anniversaire du sinistre, pendant la période au cours de laquelle l'assuré reçoit des indemnités de chômage complètes. En cas de sinistre les primes ne seront pas comptabilisées durant la période d'indemnisation. L'intervention de la compagnie d'assurance est limitée à 12 mois par sinistre et par ligne de crédit. Si l'assuré reprend le travail mais redevient chômeur dans les six mois qui suivent la reprise, il ne sera plus fait application du délai de carence. Par sinistre, le nombre des indemnisations mensuelles sera, dans tous les cas, limité à 12. Pour bénéficiaire de l'indemnité lors d'un nouvel accident, donc pas de rechute, l'assuré devra apporter la preuve d'être depuis sept mois ininterrompus auprès d'un même employeur. Il ne pourra être en instance de démission ni engagé dans une procédure de pension ou de pré-pension ou d'indemnisation pour inaptitude à l'emploi.

2) En cas d'hospitalisation d'un assuré titulaire d'un statut autre que salarié, la compagnie d'assurance interviendra pour le paiement de 10% du solde restant dû à la date de l'hospitalisation de l'assuré. Les montants seront versés tous les mois, à la date anniversaire du sinistre, pendant la période au cours de laquelle l'assuré reste hospitalisé. L'intervention est accordée à partir du premier jour d'hospitalisation. Elle se poursuivra tant que l'assuré reste hospitalisé, avec un maximum absolu de 3 mois. Cette prestation peut être cumulée avec les indemnités pour incapacité de travail. Les indemnités mensuelles interviendront au prorata du nombre de jours que l'assuré aura été hospitalisé. Pour le calcul du nombre de jours il sera tenu compte des jours facturés.

Les garanties sous 1) et 2) ne peuvent être cumulées.

La couverture pour chômage s'êteint pour l'assuré salarié lorsque débute la procédure de pension légale ou anticipée. L'assuré bénéficie alors de la couverture hospitalisation.

L'intervention de la compagnie d'assurance est subordonnée aux conditions suivantes:

- l'assuré salarié doit répondre aux critères et aux conditions d'admission et d'allocation d'indemnités de chômage en tant que chômeur complet indemnisé;

- l'assuré salarié doit recevoir des indemnités de chômage;

- les assurés possédant un statut autre que celui de salarié doivent apporter la preuve de leur hospitalisation.

Article 5 - Date d'entrée en vigueur et durée de l'assurance

L'assurance complémentaire prend cours au jour de la réception par la compagnie d'assurance de l'acceptation de l'assuré. La garantie prend effet à l'expiration du délai d'attente. L'assurance prend fin de plein droit au 65ème anniversaire de l'assuré.

Article 6 - Primes et taxes

La prime d'assurance est due mensuellement et sera prélevée sur le compte crédit de l'assuré par Citibank Belgium SA, mandaté à cet effet par l'assuré. Les primes prélevées seront renseignées sur le décompte mensuel du crédit. Le calcul se fait sur le solde moyen du crédit du mois (avec un maximum de 12.400,00 EUR).

Le tarif pourra être modifié chaque année.

Toutes les taxes qui frappent le contrat sont à charge de l'assuré. Elles sont encaissées en même temps que les primes.

Article 7 - Résiliation

L'assuré peut résilier l'assurance complémentaire par lettre. Cette résiliation prend effet à la première date de remboursement mensuel qui suit le jour du dépôt de la lettre à la poste, ce qui signifie que l'assuré reste couvert jusqu'à la fin du mois concerné et que la prime de ce mois doit être payée.

La compagnie d'assurance peut résilier l'assurance complémentaire en cas de dissimulation d'informations ou de remise de déclarations fausses ou inexactes lors de la souscription de l'assurance (article 6 et 7 de la loi du 25/6/92);

La compagnie d'assurance et l'assuré peuvent résilier l'assurance complémentaire en cas de déclaration d'un sinistre, suivant les modalités et les délais prévus par la loi sur les assurances terrestres.

Article 8 - Sinistres

8.1 Déclaration

8.1.1 Salariés

Chaque sinistre doit être déclaré par l'assuré auprès de MetLife Insurance SA dans les 30 jours qui suivent le jour de son inscription en tant que demandeur d'emploi.

Les documents suivants doivent être joints à la déclaration:

- une copie du formulaire C4 remis par l'employeur;

- l'original de l'attestation rédigée par le service régional de l'emploi ou par l'organisme qui paie les indemnités de chômage, pour confirmer que l'assuré remplit les conditions d'admission et d'allocation d'indemnités de chômage en tant que chômeur complet et avec l'indication du premier jour d'indemnisation;

- une copie du contrat de travail qui était en vigueur au moment de la souscription de la police ou la preuve que l'assuré travaillait, selon les dispositions des conditions de souscription.

8.1.2 Non-salariés

En cas d'hospitalisation, l'assuré devra faire parvenir la preuve de son admission à l'hôpital à MetLife Insurance SA, dans les 30 jours, à compter du jour où l'assuré a quitté l'hôpital.

8.2 Paiement des indemnités

Les indemnités sont payables tous les mois après réception des documents suivants:

- l'original de l'attestation rédigée par le service régional de l'emploi ou par l'organisme qui paie les indemnités de chômage, pour confirmer que l'assuré remplit les conditions d'admission et d'allocation d'indemnités de chômage en tant que chômeur complet;

- une copie de l'extrait de compte ou de l'assignation postale avec la mention du montant de l'allocation versée et le nombre de jours pris en compte;

- en cas d'hospitalisation, une attestation de l'hôpital certifiant que l'assuré y a séjourné, en précisant les dates de séjour.

8.3 Enquête

La compagnie d'assurance se réserve le droit de procéder à toute enquête possible avant d'effectuer le paiement des indemnités. Toute fraude ou tentative de fraude du fait de l'assuré peut entraîner des sanctions en vertu de la loi sur les assurances terrestres du 25 juin 1992.

Article 9 - Exclusions et cessation des prestations

9.1. Exclusions

Sont exclus de toute indemnisation, les sinistres résultant:

En cas de chômage:

a) du fait que l'assuré ne satisfait pas aux conditions d'indemnisation prévues à l'article 2 des présentes conditions générales;

b) d'un sinistre qui est la conséquence de la démission volontaire de l'assuré;

c) d'un licenciement décidé pour des motifs impérieux reprochés à l'assuré;

d) d'un sinistre survenu alors que l'assuré n'était pas en service depuis au moins 7 mois chez le même employeur au moment de la souscription de l'assurance.

En cas d'hospitalisation:

a) d'un sinistre survenu suite à un accident ou à une maladie dont l'origine est antérieure à la souscription de la police ;

b) d'un sinistre survenu parce que l'assuré fait une tentative de suicide ou d'automutilation;

c) d'un sinistre qui est la conséquence de la participation active de l'assuré à des rixes, des révoltes ou une guerre civile;

d) d'un sinistre qui est la conséquence de la consommation d'alcool ou de drogues.

9.2. Terme des prestations

a) à la date de la reprise du travail par l'assuré;

b) à la date de la cessation du paiement des indemnités de chômage, pour quelque motif que ce soit, ou en cas de perte du droit aux indemnités de chômage en tant que chômeur complet;

c) après 12 indemnisations mensuelles par sinistre couvert;

d) à la date de la mise à la pension, de pension anticipée ou d'indemnisation pour l'inaptitude à l'emploi de l'assuré;

e) au terme de l'hospitalisation.

Article 10 - Recours de l'assuré

La compagnie d'assurance se réserve le droit de réclamer à l'assuré le remboursement de toutes les indemnités éventuellement payées indûment.

Article 11 - Respect de la vie privée

En vue d'une gestion aisée du contrat et/ou des dossiers de sinistres, et seulement à cet effet, l'assuré donne par la présente son autorisation spéciale quant au traitement d'informations médicales le concernant (article 7 de la loi du 8/12/92 modifiée par la loi du 11/12/1998, sur la protection de la vie privée).

Article 12 - Contestations et plaintes

Si l'assuré s'oppose aux contrôles nécessaires par la compagnie d'assurance, sauf cas de force majeure ou lorsque la Société n'en subit aucun dommage, les interventions de la compagnie d'assurance s'arrêtent immédiatement. Toute plainte concernant cette assurance complémentaire ou ses paiements peut être envoyée au service clientèle de Citibank Belgium SA, 263g Boulevard Général Jacques à 1050 Bruxelles ou au directeur du service clientèle de MetLife Insurance SA, 11 Boulevard de la Plaine à 1050 Bruxelles. Le directeur du service clientèle de MetLife Insurance SA répondra par écrit à l'assuré dans un délai de 14 jours à dater de la réception de la plainte. L'assuré qui conteste le contenu de la lettre du directeur du service clientèle de MetLife Insurance SA peut interjeter appel par écrit dans un délai de 30 jours à partir de la réception de la lettre de MetLife Insurance SA, et ce auprès du directeur du service clientèle de MetLife Insurance Limited. Celui-ci répondra par écrit à l'assuré dans un délai de 14 jours.

L'assuré qui conteste la décision prise par MetLife Insurance Limited peut introduire une plainte auprès du "Financial Ombudsman" en Grande-Bretagne, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London, E14 9 SR ou auprès d'un tribunal soumis à la Common Law conformément à l'article 13 de la présente.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte relative à cette assurance complémentaire peut également être adressée à l'Ombudsman des Assurances au Square de Meeûs 35, à 1000 Bruxelles.

Article 13 - Juridiction et droit applicable

Tout litige résultant de la présente assurance complémentaire peut être introduit devant un tribunal compétent soumis à la Common Law dans l'arrondissement judiciaire du siège social de la compagnie d'assurance ou devant un tribunal compétent belge dans l'arrondissement judiciaire dans lequel l'assuré est domicilié, et ne nécessite pas de plainte préalable comme prévu à l'article 12.

Article 14 - Indemnisation L'assuré peut postuler une indemnisation de la part du " Financial Services Compensation Scheme", au cas où MetLife Insurance Limited se trouverait dans l'impossibilité d'honorer ses engagements dans le cadre de cette assurance complémentaire. L'assuré peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet auprès du "Financial Services Compensation Scheme", 7th Floor, Lloyd Chambers, 1 Portsoken Street, London E1 8BN, Grande-Bretagne ou sur www.fscs.org.uk.