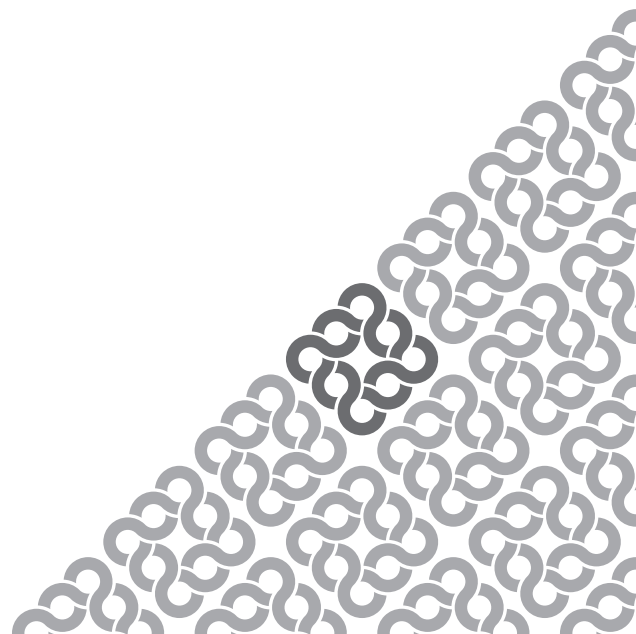


CONDITIONS GÉNÉRALES

Individuelle Enfant

La durée du contrat est fixée aux conditions particulières. Elle ne peut excéder un an. A chaque échéance annuelle, le contrat est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an. Vous pouvez résilier le contrat à la fin de la période en cours au moins 3 mois avant l'échéance annuelle. La notification de la résiliation se fait soit par lettre recommandée à la poste, soit par exploit d'huissier, soit par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.



Sommaire

Conditions générales		3
Définitions	POUR L'APPLICATION DU PRÉSENT CONTRAT, ON ENTEND PAR :	3
Chapitre I - Objet et étendue de l'assurance		4
Article 1	GARANTIE DE BASE	4
Article 2	SPORTS COUVERTS	4
Article 3	MOYENS DE TRANSPORT	4
Article 4	LE RISQUE SERVICE MILITAIRE	5
Article 5	DOMMAGES CAUSES PAR UN ACTE DE TERRORISME	5
Article 6	EXCLUSIONS	5
Article 7	ETENDUE TERRITORIALE	6
Chapitre II - Sinistres		6
A. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURE ET DU BENEFICIAIRE		6
Article 8	DECLARATION DE SINISTRE	6
Article 9	AUTRES OBLIGATIONS	6
B. OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE		7
Article 10	LES INDEMNITES GARANTIES PAR LA COMPAGNIE	7
Article 11	CUMUL DES INDEMNITES	9
Article 12	ETAT ANTERIEUR	9
Article 13	EXPERTISE MEDICALE	9
Article 14	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	9
Article 15	PAIEMENT DES INDEMNITES	9
Chapitre III - Clauses administratives		10
Article 16	DESCRIPTION DU RISQUE	10
Article 17	MODIFICATION DU RISQUE	10
Article 18	SANCTIONS EN CAS DE SINISTRE	11
Article 19	EFFET DU CONTRAT	11
Article 20	PAIEMENT DE LA PRIME	11
Article 21	NON-PAIEMENT DE LA PRIME	11
Article 22	DUREE ET FIN DU CONTRAT	11
Article 23	EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES	12
Article 24	RESILIATION PAR LA COMPAGNIE	12
Article 25	RESILIATION PAR LE PRENEUR	12
Article 26	MODE DE RESILIATION	13
Article 27	DECES DE L'ASSURE	13
Article 28	DOMICILE	13
Article 29	MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES	13
Article 30	ADAPTATION AUTOMATIQUE DES MONTANTS	13
Article 31	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	13
Article 32	JURIDICTION	15
Article 33	LANGUE – TAAL	15
Article 34	DEVOIR D'ANALYSE	15
Article 35	CONFLITS D'INTÉRÊTS	15
Article 36	AUTORITÉ DE CONTRÔLE	15
Article 37	SANCTIONS INTERNATIONALES	15
Article 38	PLAINTÉ	15

Conditions générales

Définitions

POUR L'APPLICATION DU PRÉSENT CONTRAT, ON ENTEND PAR :

COMPAGNIE

Athora Belgium S.A., entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145.

PRENEUR D'ASSURANCE

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

ASSURE

L'enfant ou l'adolescent, âgé d'au maximum 25 ans, désigné dans les conditions particulières, sur la tête duquel repose le risque de survenance de l'événement assuré.

BENEFICIAIRE

La personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance.

ACCIDENT

Tout événement soudain et involontaire qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou une des cause est extérieure à l'organisme de la victime.

Sont assimilés à un accident :

- la noyade ;
- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par méprise de substances toxiques ou corrosives ;
- les brûlures, à l'exception des coups de soleil ;
- les luxations, les déchirures et les elongations musculaires résultant d'un effort soudain ;
- les lésions corporelles ou le décès survenus lors des actes accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- les atteintes à la santé qui sont la conséquence directe et immédiate d'un accident assuré ;
- les commotions électriques ;
- les lésions dues aux soins corporels normaux.

MALADIE GRAVE

Le cancer, le choléra, la diphtérie, l'encéphalite, la méningite cérébro-spinale, la variole, la poliomyélite, la scarlatine, le tétanos, la tuberculose, la rage, le charbon, la leucémie et la fièvre typhoïde.

L'assurance s'applique uniquement aux maladies énumérées ci-dessus dont la première manifestation se situe, preuve en étant faite, pendant la durée de la garantie ou, en cas de suspension, après la remise en vigueur.

Le diagnostic du cancer ou de la leucémie doit être confirmé par un examen anatomopathologique dont les conclusions doivent être transmises à la compagnie conformément à l'article 8 des conditions générales.

ACTE DE TERRORISME :

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

ASBL TRIP :

Association sans but lucratif ayant pour dénomination Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP) créée conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Chapitre I - Objet et étendue de l'assurance

Article 1

GARANTIE DE BASE

La compagnie garantit le paiement des prestations prévues aux conditions particulières lorsque l'assuré est victime d'un accident garanti ou d'une maladie grave.

La garantie ne s'applique pas aux accidents du travail tombant à charge de l'assurance obligatoire (Loi du 10.04.1971) d'une école professionnelle ou technique fréquentée par l'assuré, ou d'un employeur, même temporaire, de l'assuré.

Sont toutefois couverts les accidents pouvant survenir :

- sur le chemin du travail, pendant le temps d'apprentissage (ou par assimilation le chemin de l'école professionnelle ou technique) ;
- en exécution d'un travail rémunéré ou d'une aide bénévole pendant le temps libre d'écolier ou d'étudiant et ce pour autant que l'accident ne soit pas pris en charge par l'assurance obligatoire.

Article 2

SPORTS COUVERTS

Les accidents résultant de la pratique des sports en amateur non rémunéré sont compris dans la garantie.

Pour les sports énumérés ci-après, les sommes dues sont réduites de 50 %, à moins que, suivant mention expresse aux conditions particulières, la garantie ne soit acquise à 100 % :

football, rugby, course cycliste, équitation avec ou sans participation à des concours ou courses hippiques, polo à cheval, alpinisme, varappe, escalade, boxe, catch, judo, aikido, karaté et autres sports de combat, bobsleigh, skéléton, hockey sur glace, luge de compétition, ski terrestre en dehors de la Belgique, saut à ski, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie.

La garantie n'est pas acquise pour les accidents survenant lors :

- de la pratique de sports aériens, quels qu'ils soient ;
- de l'utilisation, en tant que pilote, conducteur ou passager, d'un engin de locomotion (ou embarcation) à moteur au cours de compétitions ou concours, si des normes de temps ou de vitesse ont été imposées ou choisies ou au cours d'entraînements ou essais en vue de telles épreuves.

Article 3

MOYENS DE TRANSPORT

1) Deux roues

En cas d'accident résultant de l'utilisation, comme pilote ou passager, d'une motocyclette (selon la définition du règlement général sur la police de la circulation routière), ou d'un side-car, les sommes dues sont réduites de moitié à moins que, suivant mention expresse aux conditions particulières, la garantie ne soit acquise à 100 %.

2) Risques aviation

La garantie est acquise si l'accident survient alors que l'assuré fait usage, à titre de simple passager, de tous avions, hydravions ou hélicoptères autorisés au transport de personnes, pour autant qu'il ne fasse pas partie de l'équipage ou n'exerce, au cours du vol, aucune activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

La garantie est étendue aux accidents résultant :

- a) de la maîtrise illicite de l'appareil aérien dans lequel l'assuré se trouve ;
- b) de la piraterie à bord de cet appareil et notamment des agressions et attentats contre l'appareil et les personnes qui s'y trouvent, qu'ils soient perpétrés au sol ou en vol ;
- c) des attentats au moyen d'engins explosifs ou incendiaires déposés dans l'appareil et du sabotage de l'appareil.

Cette garantie n'est cependant pas acquise si l'assuré a pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.

La disparition de l'assuré en cas d'accident aérien ne pourra être une présomption de décès. Les prestations en cas de décès seront toutefois acquises si, en cas de disparition de l'appareil dans lequel se trouvait l'assuré, aucune nouvelle n'a été reçue, ni de l'appareil ni des personnes se trouvant à bord, dans les trois mois à compter du jour de la disparition.

Article 4

LE RISQUE SERVICE MILITAIRE

La garantie est acquise en temps de paix pendant la durée du service militaire ou les périodes de rappel accomplis dans l'armée belge, sauf en cas de mobilisation. L'assurance s'étend à toutes les prestations de service à l'exception des accidents dus aux activités suivantes : alpinisme, escalade de rochers, déminage, transport aérien non prévu dans l'article 3.2 ci-dessus, parachutisme et génie militaire.

Article 5

DOMMAGES CAUSES PAR UN ACTE DE TERRORISME

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme. A cette fin, nous sommes membres de l'ASBL Terrorism Reinsurance and Insurance Pool, ci-après dénommée TRIP.

Conformément à la loi du 1 avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL TRIP est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1 janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

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

Nous ne couvrons pas les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

Article 6

EXCLUSIONS

La garantie n'est pas acquise si l'accident :

- a) est causé par la guerre ou par des faits de même nature, et par la guerre civile.

La garantie de la compagnie reste toutefois acquise à l'assuré surpris à l'étranger par de tels événements, pendant le temps absolument nécessaire pour quitter la région troublée et au maximum pendant 14 jours.

L'exclusion ne s'applique que si la compagnie démontre la relation causale entre l'accident et ces circonstances ;

- b) est survenu au cours d'émeutes, grèves, attentats, actes de sabotage, sauf si l'assuré prouve qu'il n'a pris aucune part active à ces événements ;
- c) est survenu lors de la préparation ou de la participation à un crime ou délit intentionnel dont l'assuré est auteur ou co-auteur ;
- d) est provoqué intentionnellement, ou s'il s'agit d'un suicide ou tentative de suicide ;
- e) est survenu à l'occasion de paris, de défis, ou d'actes notoirement téméraires ou manifestation périlleux de l'assuré, sauf si ces actes sont accomplis pour la sauvegarde de personnes ou biens ;
- f) se produit lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse ou dans un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées, à moins que l'assuré ou le bénéficiaire ne prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre le sinistre et ces circonstances ;
- g) survient lors d'un tremblement de terre ou d'un cataclysme naturel en Belgique, à moins de prouver l'absence de relation causale entre ces événements et le sinistre ;
- h) est dû uniquement à un état physique ou psychique déficient de l'assuré ;

- i) sont également exclus de la garantie du contrat, les dommages ou l'aggravation des dommages causés :
- par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
 - par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radio-actif ou par toute autre source de rayonnement ionisant qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

Sont également exclus, sauf convention spéciale, les dommages ou l'aggravation des dommages causés par toute source de rayonnement ionisant (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'assuré ou toute personne dont il répond à la propriété, la garde ou l'usage.

Article 7

ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence principale en Belgique.

Chapitre II - Sinistres

A. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURE ET DU BENEFICIAIRE

Article 8

DECLARATION DE SINISTRE

L'assuré doit dès que possible déclarer le sinistre par écrit à la compagnie ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières, au plus tard dans les 8 jours de sa survenance.

Si un préjudice pour la compagnie résulte d'une déclaration tardive, elle réduira sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi, sauf si l'assuré établit que le sinistre a été déclaré aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

La déclaration de sinistre doit indiquer dans la mesure du possible les causes, les circonstances et les conséquences probables du sinistre, le nom, les prénoms et le domicile des témoins et des éventuels responsables, et être accompagnée d'un certificat médical renseignant la nature et les conséquences de l'accident ou de la maladie grave.

En cas de cancer ou de leucémie, le preneur d'assurance doit également faire parvenir à la compagnie la confirmation anatomopathologique du diagnostic de la maladie.

Dès la fin du traitement médical, l'assuré fera parvenir à la compagnie ou à la personne désignée à cette fin dans les conditions particulières un certificat de guérison constatant s'il est ou non capable de reprendre ses occupations habituelles.

En cas de décès, les bénéficiaires devront donner avis du décès dans le délai le plus bref et produire un acte de décès.

La compagnie est, en outre, autorisée à faire procéder à ses frais à un examen post-mortem.

En cas de sinistre bénin, aucune déchéance n'est encourue par l'assuré s'il prévient la compagnie dès qu'il y a intervention médicale.

Article 9

AUTRES OBLIGATIONS

L'assuré a également pour obligation :

- a) de prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre ;
- b) de recourir immédiatement à tous les soins nécessaires et se conformer aux prescriptions du médecin-traitant en vue de hâter sa guérison ;
- c) de répondre à toute invitation du médecin-conseil de la compagnie et de faciliter ses constatations ;
- d) d'inviter le médecin-traitant à fournir tous les documents médicaux de nature à établir la réalité du dommage afin de pouvoir éclairer le médecin-conseil de la compagnie.

Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues aux articles 8 et 9 et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation, à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté ces obligations, la compagnie peut décliner sa garantie.

B. OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE

Article 10

LES INDEMNITES GARANTIES PAR LA COMPAGNIE

1. EN CAS DE DECES

La compagnie garantit en cas de DECES de l'assuré, survenu dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident ou du premier diagnostic de la maladie grave et provoqué par un sinistre couvert, les frais funéraires exposés jusqu'à concurrence de la somme garantie et ce pour autant que l'invalidité permanente dont l'assuré pouvant être atteint n'ait pas déjà été indemnisée.

Seuls les frais funéraires dûment justifiés sont remboursés à la personne qui les a exposés.

2. EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

La compagnie garantit en cas d'INVALIDITE PERMANENTE totale, le paiement à l'assuré ou à ses représentants légaux du capital forfaitaire prévu aux conditions particulières.

En cas d'invalidité permanente partielle, la compagnie paie le pourcentage du capital correspondant au degré d'invalidité. Le degré d'invalidité est apprécié exclusivement en fonction du critère physiologique par application du Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) en vigueur lors de la consolidation et sans avoir égard aux activités de l'assuré, ni de la profession qu'il pourrait être amené à exercer. Il n'est toutefois jamais tenu compte des troubles subjectifs ou psychiques sans support organique.

L'invalidité par suite de maladie grave ne donne droit aux prestations que si son degré atteint 10 % ; lorsque ce degré est atteint, l'indemnité est due à partir du premier pourcent.

Le degré d'invalidité est fixé à la date de la consolidation des lésions et au plus tard trois ans après le jour de l'accident ou du premier diagnostic de la maladie grave.

Aucune indemnité pour invalidité permanente ne sera due si l'assuré décède des suites d'un accident ou d'une maladie grave avant que ne soit acquise la consolidation au sens du B.O.B.I.

Si un an après l'accident ou le premier diagnostic de la maladie grave, l'état de l'assuré ne permet pas la consolidation, la compagnie paie, sur demande, une provision qui ne dépasse pas la moitié du montant correspondant à l'invalidité présumée à ce moment.

La détermination du degré de l'invalidité permanente physiologique consécutive à une atteinte à la santé non prévue au B.O.B.I. sera faite par comparaison et analogie.

L'indemnité due par la compagnie ne peut en aucun cas être basée sur un ou plusieurs pourcentages d'invalidité permanente dépassant 100 %.

Les capitaux pour l'invalidité permanente sont calculés comme suit, selon la formule choisie par le preneur d'assurance et reprise aux conditions particulières.

- a) Formule 225 - indemnisation avec majoration progressive des invalidités - l'indemnité est calculée :
 - sur base du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 % ;
 - sur base du double du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité au-delà de 25 % et jusqu'à 50 % ;
 - sur base du triple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité au-delà de 50 % et jusqu'à 100 %.
- b) Formule 350 - indemnisation avec majoration progressive maximale des indemnités - l'indemnité est calculée :
 - sur base du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 % ;
 - sur base du triple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité au-delà de 25 % et jusqu'à 50 % ;
 - sur base du quintuple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité au-delà de 50 % et jusqu'à 100 %.

3. EN CAS DE FRAIS DE TRAITEMENT

La compagnie rembourse en cas de FRAIS DE TRAITEMENT jusqu'à concurrence du montant assuré et jusqu'à la consolidation des lésions, mais au maximum pendant 3 ans (5 ans en cas de poliomyélite, de tuberculose ou de leucémie) :

- tous les frais de traitement médicalement nécessaires, prestés ou prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les frais de prothèse ;
- les frais d'orthopédie ;
- les frais de chirurgie esthétique ;
- les frais d'ambulance, et les autres frais de transport moyennant l'accord préalable de la compagnie ;
- les frais des cours de rattrapage scolaire dûment justifiés prodigués à l'assuré suite à un accident ou une maladie grave ; ils sont remboursés à la personne qui les a exposés, jusqu'à concurrence de 500,00 EUR.

La compagnie n'intervient que déduction faite des prestations résultant de la législation sur la réparation des accidents du travail, de la sécurité sociale ou d'un organisme analogue.

Pour chaque sinistre, la compagnie rembourse à l'assuré la différence entre les frais encourus et lesdits remboursements, à la condition que cette différence soit supérieure à 15,00 EUR ; si cette différence est inférieure à 15,00 EUR aucune indemnité ne sera due.

4. EN CAS DE RAPATRIEMENT OU DE VISITE

La compagnie garantit le remboursement des frais exposés en accord avec elle pour rapatrier l'assuré immobilisé à l'étranger et blessé à la suite d'un accident garanti ou alité suite à une maladie grave, ou les frais de transport aller et retour depuis leur domicile en Belgique des personnes dont la présence se justifie si l'assuré est médicalement reconnu intransportable.

L'intervention de la compagnie dans ces frais est limitée aux montants assurés prévus aux conditions particulières.

5. RÉGIME D'INDEMNISATION PROPRE AUX DOMMAGES CONSÉCUTIFS À UN ACTE DE TERRORISME

Conformément à la loi précitée du 1 avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité à l'article 5 du présent contrat ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL TRIP doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

Vous ne percevrez votre indemnisation qu'après que le Comité ait fixé le pourcentage. Nous payons le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles nous vous avons déjà communiqué notre décision.

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

Lorsque le Comité constate que le montant cité à l'article 5 ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes autres indemnisations.

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

Article 11

CUMUL DES INDEMNITES

Les indemnités fixées pour le cas de décès et d'invalidité permanente ne peuvent se cumuler. Si, pour un même sinistre, la compagnie a déjà versé des indemnités pour le cas d'invalidité permanente, elles sont déduites du capital à payer en cas de décès.

Article 12

ETAT ANTERIEUR

En cas d'aggravation des conséquences d'un sinistre suite à une maladie, une infirmité ou tout état préexistant, la compagnie n'est tenue d'indemniser que les suites que l'accident aurait eu sur un organisme sain.

Article 13

EXPERTISE MEDICALE

Les contestations relatives à des points d'ordre médical seront tranchées par deux médecins, désignés l'un par le preneur d'assurance, l'autre par la compagnie.

En cas de désaccord entre ceux-ci, ils s'en adjoignent un troisième qui statuera avec eux à la majorité des voix.

Chaque partie supporte les frais et honoraires du médecin qu'elle a désigné ; ceux du troisième médecin sont partagés par moitié.

Article 14**RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE**

La compagnie renonce expressément en faveur de l'assuré à tout recours contre le tiers responsable de l'accident.

Cette disposition ne concerne pas l'indemnité payée par la compagnie à titre de frais de traitement. Dans ce cas, la compagnie qui a payé l'indemnité est subrogée, à concurrence du montant de celle-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage.

Sauf en cas de malveillance, la compagnie n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

Toutefois, la compagnie peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

Si, par le fait de l'assuré ou du bénéficiaire, la subrogation ne peut plus produire ses effets en faveur de la compagnie, celle-ci peut lui réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

Article 15**PAIEMENT DES INDEMNITES**

Les indemnités seront payées dans un délai de 14 jours, après fixation de leurs montants et production des pièces justificatives.

Le paiement de l'indemnité est définitif et décharge la compagnie de tout recours ultérieur ayant trait au sinistre ou ses suites.

Le paiement des indemnités pour les dommages consécutifs à un acte de terrorisme suit la procédure reprise à l'article 10.5 du présent contrat.

Chapitre III - Clauses administratives

Article 16

DESCRIPTION DU RISQUE

- a) Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque. S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie, par exemple les questions figurant dans la proposition d'assurance, et si la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission. Il en va de même si la compagnie a conclu le contrat sans proposition d'assurance dûment complétée.
- b) Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.
- c) Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Article 17

MODIFICATION DU RISQUE

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'article 16 a), les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance d'accident.

Lorsque le risque de survenance d'accident s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation.

Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance d'accident a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque. Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution fournie par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Le présent article n'est pas applicable au risque de survenance de maladies graves.

Article 18

SANCTIONS EN CAS DE SINISTRE

- a) En cas d'omissions ou inexactitudes intentionnelles dans la déclaration du risque, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, la compagnie peut refuser sa garantie en cas de sinistre. Les primes échues jusqu'au moment où elle a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.
- b) En cas d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans la déclaration du risque, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, qui peuvent être reprochées au preneur d'assurance, la compagnie peut réduire sa prestation en cas de sinistre selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération.

Toutefois, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, sa prestation en cas de sinistre sera limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

Article 19

EFFET DU CONTRAT

La garantie ne prend cours qu'à la date fixée aux conditions particulières, après signature de la police par les deux parties et paiement de la première prime, et, au plus tôt, le lendemain de la réception par la compagnie de la police présignée ou de la demande d'assurance. La compagnie communiquera cette date au preneur d'assurance.

Toutefois, la garantie en cas de maladie grave n'est acquise qu'après un délai d'attente de trois mois, prenant cours à la date d'effet du contrat.

Article 20

PAIEMENT DE LA PRIME

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable aux échéances sur demande de la compagnie ou de toute personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Article 21

NON-PAIEMENT DE LA PRIME

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, la compagnie peut suspendre la garantie ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste. A dater de ce jour, votre prime sera majorée d'une somme forfaitaire à titre de frais administratifs

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues augmentées s'il y a lieu des intérêts et frais, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée ci-dessus : dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne s'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Article 22

DUREE ET FIN DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour la durée fixée aux conditions particulières, sans pouvoir excéder un an.

S'il est conclu pour un an, il se renouvelle tacitement d'année en année, à moins qu'il n'ait été résilié par une des parties au moins trois mois avant l'expiration de la période en cours.

S'il est conclu pour une durée de moins d'un an, il ne se renouvelle pas tacitement.

Dans tous les cas, le contrat vient à terme à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 25 ans, ou avant cet âge s'il exerce une profession à temps plein. Dans ce dernier cas, le contrat prend fin de plein droit à minuit le jour où l'assuré perd la qualité d'écolier, d'étudiant ou d'apprenti.

Article 23

EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES

En cas de décès accidentel du preneur d'assurance, ou s'il est frappé d'invalidité permanente totale par suite d'accident ou de maladie, le contrat, si celui-ci est conclu pour un an, reste en vigueur jusqu'au terme fixé par l'article 22 paragraphe 2, et les primes à échoir après cet événement ne sont plus dues.

L'invalidité par suite d'accident ou de maladie dans le chef du preneur d'assurance est considérée comme totale lorsque sa capacité de travail est réduite d'au moins 75 %, compte tenu des possibilités de réadaptation dans une activité compatible avec ses aptitudes. La preuve médicale de l'invalidité incombe au preneur d'assurance qui est tenu de se laisser examiner par le médecin-conseil de la compagnie chaque fois qu'elle le jugera nécessaire.

L'invalidité permanente totale reconnue par la compagnie n'est que présumée définitive. Toute atténuation du degré d'invalidité doit être signalée à la compagnie qui n'est plus tenue d'accorder l'exonération du paiement des primes si le nouveau degré d'invalidité reconnu par expertise médicale n'atteint pas 75 %.

En cas de manquement à cette obligation, dûment constatée par le médecin-conseil de la compagnie, le preneur d'assurance est considéré en défaut de paiement de la prime à partir de la première échéance de la prime qui suit la date à laquelle la compagnie en a eu connaissance. Il est alors fait application des dispositions concernant le non-paiement des primes.

L'exonération du paiement des primes n'est pas acquise :

- si le décès ou l'état d'invalidité permanente est dû à une circonstance qui ne donne pas droit aux garanties à l'assuré ;
- si le contrat est suspendu pour quelque cause que ce soit au moment du décès ou de la constatation de l'état d'invalidité permanente totale du preneur d'assurance.

En cas d'exonération du paiement des primes, l'adaptation automatique des montants (article 30) cesse à partir de la première échéance exonérée ; elle reste donc fixée au montant atteint à la date de la dernière prime payée par le preneur d'assurance.

Article 24

RESILIATION PAR LA COMPAGNIE

La compagnie peut résilier le contrat :

- a) pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 22 ;
- b) en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque tant à la conclusion qu'en cours de contrat ;
- c) en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'article 16 et, en cas d'aggravation du risque d'accident dans les conditions prévues à l'article 17 ;
- d) en cas de non-paiement de la prime conformément à l'article 21 ;
- e) en cas de modification des dispositions légales ayant une incidence sur les garanties accordées par le contrat ;
- f) lorsqu'entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet s'écoule un délai supérieur à un an. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat.

Article 25

RESILIATION PAR LE PRENEUR

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- a) pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 22 ;
- b) en cas de diminution du risque d'accident, dans les conditions prévues à l'article 17 ;
- c) lorsque entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet s'écoule un délai supérieur à un an. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat ;
- d) en cas de modification des conditions d'assurance et du tarif ou simplement du tarif conformément à l'article 29 ;
- e) en cas de faillite, concordat ou retrait d'agrément de la compagnie.

Article 26**MODE DE RESILIATION**

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Sauf s'il en est disposé autrement, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

La résiliation du contrat par la compagnie après déclaration de sinistre prend effet lors de sa notification lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la compagnie.

La portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation est remboursée par la compagnie.

Article 27**DECES DE L'ASSURE**

Le contrat prend fin de plein droit au décès de l'assuré.

Article 28**DOMICILE**

Les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Les communications et notifications au preneur d'assurance doivent être faites à la dernière adresse connue par la compagnie.

Article 29**MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES**

Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance et son tarif ou simplement son tarif, elle adapte le présent contrat à l'échéance annuelle suivante. Elle notifie cette adaptation au preneur d'assurance 90 jours au moins avant cette date d'échéance. Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, le contrat prend fin à l'échéance annuelle suivante.

La faculté de résiliation prévue au premier alinéa n'existe pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurance résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

Les dispositions du présent article ne portent pas atteinte à celles de l'article 22.

Article 30**ADAPTATION AUTOMATIQUE DES MONTANTS**

Seuls l'indemnité garantie pour le remboursement des frais funéraires (article 10.1) et le capital prévu en cas d'invalidité permanente (article 10.2), ainsi que la partie de prime y afférente, varient à chaque échéance annuelle en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Les variations, en plus ou en moins, se calculent alors sur base du rapport existant entre l'indice d'échéance, c'est-à-dire le dernier indice publié deux mois avant l'échéance annuelle (cet indice figure sur la quittance de prime) et l'indice de souscription indiqué sur l'accusé de réception.

Les autres indemnités, ainsi que la partie de prime y afférente, ne sont pas soumis à indexation.

Article 31**PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL****31.1. Général**

Les données à caractère personnel (ci-après les "données personnelles") du preneur et/ou de l'assuré et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par l'Assureur pour son propre compte, en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice relative à la protection des données à caractère personnel de l'Assureur. Cette notice est disponible sur <http://www.athora.com/be/protection-des-donnees.html>. Une version papier de celle-ci peut être obtenue sur simple demande adressée à votre intermédiaire.

31.2. Finalités du traitement des données personnelles

Les données personnelles sont traitées par l'Assureur pour les finalités mentionnées dans la Notice ci-dessus et en particulier pour :

- exécuter ses obligations contractuelles et notamment la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle ;
- respecter toutes les obligations légales, réglementaire ou administrative auxquelles il est soumis, notamment en matière de retenues (para)fiscales ;
- des raisons qui relèvent de son intérêt légitime e.a. l'établissement de statistiques, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques de l'Assureur, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection, les enquêtes de satisfaction.

Dans certains cas les données personnelles peuvent être traitées sur base du consentement de la personne concernée. Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de la personne concernée, celle-ci peut à tout moment retirer son consentement. Elle peut également s'opposer à tout moment au traitement des données personnelles concernant sa santé. Dans ce cas, l'Assureur peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

31.3. Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à l'Assureur, ce dernier veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît l'Assureur ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

31.4. Transfert des données personnelles

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, l'Assureur peut communiquer ces données personnelles à d'autres entreprises d'assurance intervenantes(ou à leurs représentants en Belgique ou leurs correspondants à l'étranger), aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à des bureaux de règlements de sinistres, un médecin conseil, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant, à Datassur ESV, à Informex, ou à d'autres sociétés faisant partie du groupe de l'Assureur. En outre, l'Assureur peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

L'Assureur est susceptible de transmettre les données personnelles en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données personnelles. Le cas échéant, le transfert des données personnelles ne sera réalisé que moyennant des garanties appropriées et adaptées.

31.5. Droits de la personne concernée

Dans les limites de la réglementation la personne concernée a le droit :

- de prendre connaissance de ses données ;
- de demander une rectification des données personnelles erronées ;
- de s'opposer au traitement de ses données ;
- de demander la limitation du traitement de ses données ;
- de demander la suppression de ses données.

31.6. Délais de conservation

Les données personnelles recueillies par l'Assureur sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

31.7. Demande d'information

Pour toute question ou demande relative au traitement de ses données personnelles, la personne concernée est invitée à contacter notre délégué à la protection des données (« Data Protection Officer » ou « DPO ») par courrier ou e-mail à l'adresse suivante:

Par e-mail : dpo.be@athora.com

Par courrier : Athora Belgium S.A.

A l'attention du Data Protection Officer
Avenue Louise, 149
1050 Bruxelles

Article 32

JURIDICTION

Seuls les tribunaux et cours belges sont habilités à connaître des litiges découlant du présent contrat.

Article 33

LANGUE – TAAL

La communication ainsi que l'envoi des documents contractuels et précontractuels peuvent se faire en néerlandais, à la demande du client.

De mededeling en het verzenden van de contractuele en precontractuele documenten kunnen in het Nederlands op verzoek van de klant gebeuren.

Article 34

DEVOIR D'ANALYSE

Préalablement à la souscription du produit, une analyse de vos besoins doit être effectuée afin de s'assurer que le produit en question rencontre vos attentes.

Nous attirons votre attention sur le fait que toute modification substantielle ultérieure de vos conditions ou de ces informations doit être rapportée à l'assureur ou à votre intermédiaire pour mise à jour de votre dossier.

Article 35

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les résumés des politiques de rémunération et de gestion des conflits d'intérêts de Athora Belgium sont disponibles sur le site web de l'entreprise www.athora.com/be.

La version complète ainsi que toute information complémentaire sur ces politiques peuvent être obtenues à la demande par le client.

Article 36

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La FSMA (L'Autorité des Services et Marchés Financiers, Rue du Congrès, 12-14 - 1000 Bruxelles) et la BNB (Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont, 14 - 1000 Bruxelles).

Article 37

SANCTIONS INTERNATIONALES

L'assureur ne peut être tenu de fournir une couverture, de payer un sinistre ou de fournir des prestations en vertu de la présente proposition d'assurance dans la mesure où la mise à disposition d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture de ces prestations exposerait l'assureur à une sanction économique ou commerciale, ou ferait l'objet d'une interdiction ou d'une restriction en vertu des lois ou règlements de toute juridiction à laquelle l'assureur est assujéti.

Article 38

PLAINTÉ

En cas de plainte au sujet du présent document, le preneur d'assurance peut contacter la Compagnie :

- Par écrit à Athora Belgium - Service Gestion des Plaintes - Avenue Louise, 149 - 1050 Bruxelles
- Par e-mail à l'adresse : gestion.plaintes.be@athora.com
- Par fax au 02/403 86 53
- Par téléphone au 02/403 81 56

L'information concernant la procédure de traitement des plaintes est disponible sur le site www.athora.com/be dans la rubrique 'Contact \ votre avis nous intéresse'.

Conformément à la réglementation en vigueur, la Compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance.

Par conséquent, si celui-ci estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, entité qualifiée, sise à l'adresse actuelle Square de Meeûs, 35 - 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as, www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Si la personne concernée estime que le traitement de ses données personnelles constitue une violation de la législation en matière de vie privée, elle peut introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de protection des données

Rue de la Presse, 35

1000 Bruxelles

Tél.: +32 2 274 48 00



Avertissement

*Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*