



Conditions générales | **Police d'assurance**
Hospi 4ever

SOMMAIRE

NOTICES IMPORTANTES

- Article 1 - Les intervenants au contrat d'assurance
- Article 2 - Les documents contractuels
- Article 3 - Déclarations diverses
- Article 4 - L'étendue territoriale

GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

- Article 5 - La garantie "Hospitalisation" et "One day clinic"
- Article 6 - La garantie "Soins ambulatoires – Pré- et post-Hospitalisation"
- Article 7 - La garantie "Maladies graves – Soins ambulatoires"
- Article 8 - La garantie "Transport"
- Article 9 - L'intervention de la compagnie
- Article 10 - La garantie "Medi-Assistance"
- Article 11 - La garantie "Assistance"
- Article 12 - Le terrorisme
- Article 13 - Les risques non couverts

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

- Article 14 - La prise d'effet
- Article 15 - La durée
- Article 16 - Le calcul et le paiement de la prime
- Article 17 - La modification de la prime et des conditions d'assurance
- Article 18 - L'adaptation automatique des garanties et des primes
- Article 19 - La subrogation
- Article 20 - Les charges diverses
- Article 21 - Divers
- Article 22 - La loi applicable
- Article 23 - Protection des données personnelles

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

- Article 24 - La déclaration de sinistre
- Article 25 - Les autres engagements de l'assuré

LEXIQUE

Le lexique définit les principales notions reprises dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières associées.

NOTICES IMPORTANTES

La présente assurance est la continuation à titre personnel des garanties prévues dans une police collective Soins de Santé souscrite auprès de la compagnie.

Cette assurance concerne l'assuré et les membres de sa famille qui cessent de bénéficier des garanties de la police collective en raison de la mise en pension de l'assuré, de son départ en cours de carrière ou de son décès et pour lesquels la demande de maintien de couverture est formulée dans les délais tels que repris dans les conditions générales de cette police d'assurance collective Soins de Santé.

Le maintien de couverture est également possible dans les mêmes conditions pour l'enfant de l'assuré lorsque celui-ci atteint l'âge de 25 ans ou qu'il cesse d'être à charge fiscalement du ménage de l'assuré ainsi que pour l'ex-conjoint (ex-concubin) en cas de séparation ou de divorce de l'assuré.

Par ailleurs, la résiliation de la police collective donne également droit au maintien à titre individuel pour autant que la demande soit formulée dans les délais prescrits.

Article 1 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance est la personne désignée aux conditions particulières qui conclut l'assurance avec la compagnie.

La compagnie est INTER PARTNER ASSISTANCE.

Les assureurs sont INTER PARTNER ASSISTANCE et AXA Belgium.

AXA Belgium donne mandat à la compagnie pour l'acceptation des risques et la gestion des contrats et des sinistres.

L'assuré est le preneur d'assurance et éventuellement son conjoint (ou concubin) ainsi que les membres de sa famille qui étaient assurés dans le cadre de la police collective et dont l'hospitalisation déclenche le paiement des garanties.

Le bénéficiaire est le preneur d'assurance.

Toutefois, en cas de décès, la propriété et le bénéfice du contrat sont transférés, avec les droits et les obligations qu'ils impliquent, au plus âgé des assurés survivants, le cas échéant représenté par la loi.

Article 2 - LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

La proposition d'assurance et autres questionnaires reprennent les caractéristiques de l'opération que le preneur d'assurance demande à la compagnie de conclure et celles du risque y afférent.

Les conditions particulières sont l'expression personnalisée et adaptée à la situation spécifique des conditions de l'assurance. Elles mentionnent les garanties qui sont effectivement couvertes.

Les conditions générales sont explicitées dans les pages qui suivent.

Article 3 - DECLARATIONS DIVERSES

Si un des assurés déplace sa résidence vers l'étranger, ou s'il séjourne au total plus de 6 mois sur une année à l'étranger, cet événement doit être déclaré à la compagnie dans les 30 jours de sa survenance. En pareils cas, la compagnie a le droit de résilier l'assurance ou de proposer des modifications aux présentes conditions dans les 60 jours de la réception de la déclaration.

Toute autre assurance garantissant les assurés contre les mêmes risques (autre qu'une assurance temporaire d'une durée ne dépassant pas 2 mois) doit être déclarée à la compagnie dans les 15 jours de sa conclusion.

Article 4 - L'ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties de la présente assurance sont acquises dans le monde entier.

Elles ne sont acquises que moyennant l'accord de la compagnie lorsque l'assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de six mois par an à l'étranger.

GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

Les garanties sont acquises si les conditions particulières du présent contrat l'indiquent. Leur insertion dans le contrat est soumise aux conditions en vigueur au moment de la demande du preneur d'assurance.

L'assuré a le libre choix du prestataire de soins de santé pour ses soins et traitements pour autant que celui-ci soit agréé ou reconnu dans sa pratique.

Article 5 - LA GARANTIE "HOSPITALISATION ET ONE DAY CLINIC"

Description des couvertures

Garantie de base

En cas d'hospitalisation de l'assuré en Belgique ou à l'étranger par suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, y compris à domicile, la compagnie intervient dans :

- les frais médicaux encourus pendant l'hospitalisation : il s'agit des frais relatifs
 - au séjour,
 - aux honoraires médicaux et honoraires paramédicaux,
 - aux médicaments,
 - aux produits parapharmaceutiques,
 - aux autres fournitures médicales ordonnées par les médecins soignants et reprises sur la facture d'hospitalisation;
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation;
- les frais de location de matériel médical en relation directe avec la cause de l'hospitalisation et prescrit par un médecin.

La garantie inclut les cas de "one day clinic" lesquels sont assimilés à des hospitalisations.

Garantie complémentaire

Cette garantie complémentaire est acquise si les conditions particulières l'indiquent.

Dans ce cas, la compagnie étend son intervention dans les frais énumérés ci-après :

- les frais de médecines alternatives ordonnées par les médecins soignants et en relation directe avec la cause de l'hospitalisation;
- les frais de location d'un téléviseur, d'un frigo, d'un téléphone (à l'exclusion des communications);
- les frais de soins palliatifs pour autant qu'ils soient repris sur la facture de l'établissement hospitalier;
- les frais mortuaires pour autant qu'ils soient repris sur la facture de l'établissement hospitalier;
- les frais de séjour du donneur d'un organe ou d'un tissu au profit d'un assuré bénéficiant de la présente garantie, et pour autant que la transplantation soit médicalement justifiée.

De plus, la compagnie intervient, pour autant que l'enfant soit assuré par la présente police,

- dans les frais de séjour d'un des parents dans le même établissement hospitalier que celui de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans, Il n'y a pas de limitation d'âge pour un enfant handicapé,

- dans les frais d'enregistrements polysomnographiques (dépistage de la mort subite).

Article 6 - LA GARANTIE "SOINS AMBULATOIRES – PRE- ET POST-HOSPITALISATION"

Garantie de base

La compagnie intervient dans les frais médicaux découlant des soins ambulatoires qui sont en relation directe avec la cause de l'hospitalisation et sont intervenus dans une période de 1 mois avant et de 3 mois après l'hospitalisation qu'elle ait eu lieu en Belgique ou à l'étranger.

La compagnie intervient dans :

- les frais médicaux : il s'agit des frais relatifs
 - aux honoraires médicaux et honoraires paramédicaux,
 - aux médicaments,
 - aux produits parapharmaceutiques,
 - aux autres fournitures médicales ordonnées par les médecins soignants;
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire;
- les frais de location de matériel médical prescrit par un médecin.

La garantie inclut les cas de "one day clinic" lesquels sont assimilés à des hospitalisations.

Garantie complémentaire

Cette garantie complémentaire est acquise si les conditions particulières l'indiquent.

Dans ce cas, la compagnie étend son intervention dans les frais énumérés ci-après :

- les frais de médecines alternatives ordonnées par les médecins soignants et qui sont en relation directe avec la cause de l'hospitalisation;
- les frais de soins palliatifs en milieu hospitalier et en centres agréés par une instance officielle.

Article 7 - LA GARANTIE "MALADIES GRAVES - SOINS AMBULATOIRES"

Si l'assuré est atteint d'une des maladies énumérées ci-après, la compagnie intervient dans les frais médicaux découlant des soins ambulatoires, qui sont en relation directe avec la maladie et effectués ou ordonnés par un médecin, à savoir :

- les frais relatifs
 - aux honoraires médicaux et honoraires paramédicaux,
 - aux médicaments,
 - aux produits parapharmaceutiques;
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire;
- les frais de location de matériel médical prescrit par un médecin;
- les frais de médecines alternatives ordonnées par les médecins soignants.

La compagnie intervient également dans les frais de soins palliatifs dispensés en milieu hospitalier et en centres agréés par une instance officielle.

Enumération des maladies couvertes

Cancer, charbon, choléra, diabète, dialyse rénale, diphtérie, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, épilepsie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, hépatite virale, leucémie, maladie Creutzfeldt-Jacob, maladie d'Alzheimer, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, maladie de Pompe, malaria, méningite cérébro-spinale,

mucoviscidose, myopathie, poliomyélite, sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique, sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole.

Confirmation du diagnostic

Le diagnostic des maladies reprises ci-dessus sera confirmé par analyses biologiques ou anatomo-pathologiques ou imagerie médicale ou autres habituellement reconnues par le milieu médical.

Article 8 - LA GARANTIE "TRANSPORT"

Les frais de transport terrestre et aérien en rapport avec les garanties définies aux articles 5 à 7 ("Hospitalisation", "One day clinic", "Soins ambulatoires - Pré- et post-Hospitalisation" et "Maladies graves - Soins ambulatoires") et qui sont justifiés par l'urgence et l'état de santé de l'assuré sont remboursés par la compagnie.

Ces frais concernent les transports en Belgique et à l'étranger, pour autant que les transports s'effectuent dans le pays même.

Article 9 - L'INTERVENTION DE LA COMPAGNIE

Les dispositions ci-après sont d'application pour toutes les garanties décrites aux articles 5 à 8.

Calcul de l'intervention de la compagnie

La compagnie intervient dans les frais exposés ci-avant, diminués :

- de l'intervention légale, c'est-à-dire de tout remboursement qui découle de la législation belge ou d'une convention internationale;
- des remboursements éventuels perçus en vertu d'autres contrats ou assurances complémentaires ayant le même objet, conclus auprès d'une autre entreprise d'assurance ou auprès d'une mutuelle.

L'intervention de la compagnie dans le montant ainsi déterminé est définie dans les conditions particulières. Sur le montant ainsi déterminé, l'assuré prend en charge l'éventuelle franchise définie dans les conditions particulières.

L'intervention de la compagnie est alors égale au solde.

Si l'assuré ne peut pas faire valoir de droit ou a perdu ses droits à une intervention légale, il est tenu compte du montant théorique de celle-ci en supposant que l'assuré est affilié à une mutuelle belge et en ordre de cotisation vis-à-vis de cet organisme.

Travailleur indépendant

Les primes de la catégorie de personnes en activité et ayant le statut social de travailleur indépendant ou d'administrateur sont les mêmes que celles du personnel salarié et les interventions de la compagnie tiendront compte de remboursements I.N.A.M.I. identiques ou jugés équivalents à ceux du personnel salarié.

Paiement de l'intervention de la compagnie

Le remboursement des frais couverts s'effectue par la compagnie au preneur d'assurance.

Article 10 - LA GARANTIE "MEDI-ASSISTANCE"

Garantie de base

Police d'assurance Hospi 4ever
en continuation de la police collective Soins de santé
Conditions générales

La compagnie met à disposition de l'assuré une garantie de service lors de son hospitalisation par l'intermédiaire de la carte MEDI-ASSISTANCE.

Cette carte contient toutes les informations nécessaires à l'assuré pour contacter le service center de la compagnie, accessible 24 h / 24 et 7 jours / 7.

L'assuré y obtiendra toute information utile sur ses garanties, l'organisation de son hospitalisation et la confirmation de la prise en charge par la compagnie de l'hospitalisation.

Service tiers payant

Par ailleurs, la carte MEDI-ASSISTANCE offre également à l'assuré le service du tiers payant. Par ce service, la compagnie règle, à la place de l'assuré, les factures d'hospitalisation pour autant qu'elles comprennent des frais de séjour et que l'hospitalisation ait eu lieu dans un hôpital faisant partie du réseau des hôpitaux de MEDI-ASSISTANCE (cf. www.mediassistance.be). La compagnie paie le montant total des factures, que les frais réclamés sur celles-ci soient ou non couverts par le présent contrat. Ensuite, la compagnie réclamera par l'envoi d'une lettre à l'assuré le remboursement des frais non couverts, si toutefois ceux-ci n'ont pas été prélevés lors d'un décompte d'intervention dans les frais pré- et post-hospitalisation. En utilisant le service du tiers payant, l'assuré s'engage à rembourser les frais non couverts par le contrat. En cas de non remboursement par l'assuré de ces frais dans les délais impartis repris dans la lettre, le service du tiers payant ne sera plus acquis à l'assuré ni aux éventuels membres de sa famille. De plus, la compagnie se réserve le droit de réclamer à l'assuré des frais administratifs forfaitaires pour récupération des sommes dues, limités à 30 €, à majorer, le cas échéant, des frais de recouvrement par voie d'huissier. Le montant forfaitaire maximum est adapté en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sa valeur de référence étant celle à l'indice au 1^{er} janvier 2013.

Article 11 - LA GARANTIE "ASSISTANCE"

Garantie

La compagnie garantit, à concurrence des montants indiqués, taxes comprises, un service d'assistance à l'assuré en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement et de manière plus large, une aide dans les situations de la vie courante visées par le présent article.

Conditions d'octroi du service d'assistance en Belgique et à l'étranger

La compagnie met tout en œuvre afin d'assister l'assuré au cours d'événements définis, d'ordre privé ou professionnel. Ces événements sont couverts pendant la période de validité du contrat, dans les limites de l'étendue territoriale du contrat et des montants garantis, taxes comprises.

Le choix du moyen de transport le plus approprié appartient à la compagnie. Si la distance à parcourir est inférieure à 1.000 km, le moyen de transport prioritaire sera le chemin de fer (1^{ère} classe). Si la distance à parcourir est supérieure à 1.000 km, le moyen de transport prioritaire sera l'avion de ligne (classe économique), sauf disposition contraire prévue au contrat.

Ne donnent pas, a posteriori, droit à un remboursement ou à une indemnité, toutes les prestations non sollicitées au moment des faits ainsi que celles refusées par l'assuré ou organisées sans l'accord de la compagnie. L'événement doit impérativement être signalé à la compagnie dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

Lors du rapatriement du véhicule depuis l'étranger, un état descriptif du véhicule est effectué lors de sa prise en charge et lors de sa livraison. La compagnie ne peut être tenue responsable pour tout retard intervenant dans l'opération, toute détérioration, acte de

vandalisme, vol d'objets ou d'accessoires survenant au véhicule pendant son immobilisation ou son transport.

Garantie d'assistance en Belgique

En cas d'hospitalisation d'urgence de l'assuré

1. Contact d'urgence

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence et est dans l'incapacité de prévenir son entourage, la compagnie prend contact avec 2 personnes proches, à la demande expresse de l'assuré, pour les prévenir de l'hospitalisation soudaine de l'assuré et du lieu de son hospitalisation. L'assuré devra mettre à disposition de la compagnie le nom et les coordonnées des personnes à prévenir.

2. Prise en charge du transport du conjoint ou d'une personne désignée pour les personnes isolées

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence, la compagnie organise et prend en charge, dans les 24 heures de la survenance de l'événement, le transport du conjoint ou d'une personne résidant en Belgique désignée par l'assuré isolé, vers l'hôpital et son retour vers le domicile.

3. Prise en charge du transport des enfants de moins de 18 ans

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence, la compagnie organise et prend en charge, dans les 24 heures de la survenance de l'événement, le transport des enfants de moins de 18 ans vers l'hôpital et le retour vers le domicile.

4. Garde des enfants de moins de 16 ans

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence, la compagnie organise et prend en charge, dans les 24 heures de la survenance de l'événement, la mise à disposition d'une gardienne au domicile de l'assuré pour s'occuper des enfants de moins de 16 ans, à concurrence de maximum 24 heures consécutives.

Garantie d'assistance à l'étranger

Assistance suite à un incident médical nécessitant une hospitalisation

1. Assistance médicale

En cas d'incident médical à l'étranger nécessitant une hospitalisation, l'équipe médicale de la compagnie se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

2. Envoi d'un médecin sur place

Si l'équipe médicale de la compagnie l'estime nécessaire, la compagnie mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

3. Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Si l'assuré accompagné d'enfants de moins de 16 ans se trouve dans l'impossibilité de s'occuper d'eux suite à un incident médical, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'une personne désignée par l'assuré et résidant en Belgique pour aller chercher les enfants de moins de 16 ans et les ramener à leur domicile.

Les frais d'hôtel de cette personne seront pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € maximum par nuit et avec un maximum global de 240 €, moyennant présentation

des justificatifs originaux.

Dans le cas où il est impossible de joindre la personne désignée par l'assuré, ou si cette personne est dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, la compagnie envoie un délégué pour prendre les enfants en charge et les ramener dans le pays du domicile à la garde de la personne désignée par l'assuré.

4. Hospitalisation d'un assuré voyageant seul

Lorsque l'assuré, voyageant seul, est hospitalisé suite à un incident médical et que les médecins mandatés par la compagnie déconseillent son transport avant 72 heures, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de sa famille ou d'une personne proche résidant en Belgique pour se rendre auprès de l'assuré. En cas d'hospitalisation d'un assuré de moins de 18 ans, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour de 2 membres de sa famille ou de 2 personnes proches.

Les frais d'hôtel sur place de cette(ces) personne(s) sont pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € maximum par nuit et par chambre et pour un maximum global de 800 €.

Assistance suite à un rapatriement

1. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'assuré est hospitalisé à la suite d'un incident médical et que l'équipe médicale de la compagnie juge nécessaire de le transporter vers un établissement hospitalier mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son domicile, la compagnie organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- chemin de fer (1^{ère} classe);
- ambulance;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire;
- avion sanitaire.

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par le médecin de la compagnie en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin de la compagnie doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

La compagnie organise et prend en charge le transport d'une personne proche de l'assuré afin d'accompagner l'assuré rapatrié jusqu'au lieu d'hospitalisation.

2. Rapatriement des accompagnants de l'assuré (à l'exception de l'auto-stoppeur)

En cas de rapatriement d'un assuré, la compagnie organise et prend en charge soit le retour des accompagnants de l'assuré à leur domicile, soit la continuation du voyage. La garantie "continuation du voyage" est limitée au coût du rapatriement des accompagnants à leur domicile. Elle ne s'applique que si les accompagnants de l'assuré ne peuvent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour.

3. Rapatriement du véhicule

En cas de rapatriement d'un assuré et si aucun accompagnant du voyage ne peut conduire le véhicule, la compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule jusqu'au domicile de l'assuré. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la compagnie. Les frais éventuels de carburant et de péage restent à charge de l'assuré.

L'intervention de la compagnie n'excédera jamais la valeur résiduelle du véhicule. Si les frais de transport devaient excéder la valeur résiduelle du véhicule, l'intervention de la compagnie est plafonnée à concurrence de celle-ci.

4. Rapatriement des bagages

En cas de rapatriement d'un assuré, la compagnie organise et prend en charge les frais de transport des bagages jusqu'au domicile de l'assuré.

Envoi de médicaments indispensables

La compagnie met tout en œuvre pour organiser et prendre en charge la recherche et la mise à disposition des médicaments indispensables, prescrits par une autorité médicale compétente, introuvables sur place mais disponibles en Belgique. Leur mise à disposition doit être accordée par le service de la compagnie. Leur envoi est soumis aux disponibilités des moyens de transport et doit être conforme aux législations locales et internationales.

L'assuré s'engage à rembourser à la compagnie le prix des médicaments qui sont mis à sa disposition, majorés des frais éventuels de dédouanement dans un délai de deux mois à partir de la date d'expédition.

Transmission de fonds

En cas de survenance à l'étranger d'un événement couvert ayant fait l'objet d'une demande d'intervention auprès de la compagnie, et, le cas échéant, après déclaration aux autorités locales, la compagnie met à la demande de l'assuré, tout en œuvre pour lui faire parvenir la contre-valeur de maximum 2.500 € pour l'ensemble de la famille. Cette somme devra préalablement être versée à la compagnie en liquide ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme ou par le débit d'une carte de crédit.

Assistance linguistique

Si l'assuré rencontre des difficultés linguistiques à l'étranger en rapport avec les prestations d'assistance en cours, la compagnie effectue par téléphone les traductions nécessaires à la bonne compréhension des événements.

Dans la mesure où la traduction porte sur d'autres sujets que les prestations d'assistance, la compagnie communique à l'assuré les coordonnées d'un traducteur-interprète. Les honoraires de ce dernier restent à charge de l'assuré.

Assistance en cas de décès

1. Rapatriement funéraire

1.1. En cas d'inhumation ou de crémation en Belgique.

Si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, la compagnie organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire;
- les frais de mise en bière sur place;
- les frais de cercueil à concurrence de 800 € maximum;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation ne sont pas pris en charge par la compagnie.

Si l'assuré voyage seul à l'étranger, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille ou d'une personne proche afin d'accompagner la dépouille mortelle.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € par nuit et par chambre et pour un maximum de 2 nuits.

1.2 En cas d'inhumation ou de crémation à l'étranger

Si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation à l'étranger, la compagnie organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées au point précédent.

En outre, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille ou d'une personne proche résidant en Belgique pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € par nuit et par chambre et pour un maximum de 3 nuits.

En cas de crémation à l'étranger avec cérémonie en Belgique, la compagnie prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention de la compagnie est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de la compagnie.

2. Assistance aux formalités suite à un décès

La compagnie assiste l'assuré dans les démarches suivantes :

- la mise en rapport avec les entreprises de pompes funèbres;
- l'aide à la rédaction des faire-part;
- l'indication des démarches nécessaires notamment auprès de l'administration communale;
- à la demande des héritiers, la recherche d'une agence immobilière pour la gestion des biens immobiliers.

3. Rapatriement des accompagnants (à l'exception de l'auto-stoppeur)

En cas de décès d'un assuré, la compagnie organise et prend en charge soit le retour des accompagnants à leur domicile, soit la continuation du voyage. La garantie "continuation du voyage" est limitée au coût du rapatriement des accompagnants à leur domicile. Elle s'applique pour autant que les accompagnants ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour.

4. Rapatriement du véhicule

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si aucun autre accompagnant du voyage ne peut conduire le véhicule, la compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule jusqu'au domicile de l'assuré. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la compagnie. Les frais éventuels de carburant et de péage restent à charge de l'assuré.

L'intervention de la compagnie n'excédera jamais la valeur résiduelle du véhicule. Si les frais de transport devaient excéder la valeur résiduelle du véhicule, l'intervention de la compagnie est plafonnée à concurrence de celle-ci.

5. Rapatriement des bagages

En cas de décès d'un assuré à l'étranger, la compagnie organise et prend en charge les frais de transport des bagages du défunt jusqu'à son domicile.

Garantie d'assistance psychologique

La compagnie met à la disposition de l'assuré un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, destiné à fournir un soutien psychologique pour l'assuré victime d'un

événement soudain et indépendant de sa volonté entraînant un choc psychologique.
Ces événements concernent un décès d'une personne proche de l'assuré ou une agression dont l'assuré est victime, ayant conduit à une hospitalisation.

A la suite d'un premier soutien psychologique par téléphone, la compagnie organise et prend en charge l'intervention d'un professionnel. L'intervention de la compagnie ne peut excéder 3 consultations. Les consultations auprès d'un professionnel doivent répondre à un sinistre pour lequel l'assuré est couvert.

Garantie d'assistance "avis médical complémentaire"

Lorsque l'assuré souffre d'une affection complexe et/ou rare et qu'il doit subir une opération chirurgicale ou un traitement à haut risque, il a la possibilité de s'adresser à la compagnie en vue d'obtenir un complément d'avis lui permettant de trouver la solution la mieux adaptée à son problème médical.

Après réception du dossier médical complet, le complément d'avis sera rendu par un médecin expert choisi par la compagnie en fonction du type de pathologies et sera destiné au médecin traitant.

L'avis médical complémentaire est fourni pour les pathologies suivantes :

- Oncologie / Radiothérapie
- Cardiologie (cardiologie interventionnelle, rythmologie)
- Neurochirurgie
- Chirurgie digestive

Cette garantie ne pourra, en aucun cas, être utilisée pour déceler d'éventuelles erreurs médicales ou pour mettre en cause les compétences professionnelles des médecins traitants de l'assuré.

Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance

Ne sont pas couverts et ne sont pas remboursés :

- les frais engagés par un assuré sans accord préalable de la compagnie (sauf disposition contraire prévue au contrat);
- les frais de restauration à l'exception des frais de petit-déjeuner;
- les frais de taxi (sauf disposition contraire prévue au contrat);
- les frais prévus avant le départ pour les voyages à l'étranger;
- les conflits sociaux tels que grève, lock-out, émeute ou mouvement populaire, à moins que l'assuré démontre qu'il n'a pas participé à cet événement;
- les accidents nucléaires tels que définis par la Convention de Paris du 29 juillet 1960 ou résultant de radiations provenant de radio-isotopes;
- la participation à titre professionnel à des compétitions ou entraînements en vue de telles épreuves;
- les suites de la pratique de sports dangereux tels que, liste non exhaustive : l'alpinisme, le bobsleigh, le hockey sur glace, le rafting, le ski en tremplin, le ski hors piste, le ski à voile, la varappe, le deltaplane, le parapente, le saut à l'élastique, le vol à voile, l'ULM, le skysurf, les sports aériens (y compris parachutisme et montgolfière), les sports de combats, la spéléologie, la compétition automobile, les rallyes, les raids, les épreuves de vitesse, ...;
- le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou dans un état analogue résultant de produits autres

que de boissons alcoolisées;

- les prestations que la compagnie ne peut fournir par suite de force majeure;
- tous les frais non explicitement cités comme étant pris en charge dans le cadre du contrat.

De plus, les garanties ne sont pas acquises pour :

- les affections ou lésions bénignes qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son voyage;
- les interruptions volontaires de grossesse sauf celles médicalement justifiées;
- les maladies, les rechutes et les convalescences de toute affection révélée, non encore consolidée et en cours de traitement avant la date de départ et comportant un danger réel d'aggravation rapide, pour autant que l'assuré voyage sans accord préalable et exprès de son médecin traitant;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales;
- les frais de diagnostic et de traitement non reconnus par l'INAMI;
- les interventions et traitements d'ordre exclusivement esthétique.

Et, en général, tous les risques exclus qui sont repris dans l'article 13 de la présente police.

Article 12 - LE TERRORISME

La présente police couvre les dommages causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

AXA Belgium participe au Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP), constitué conformément à la loi précitée. Par conséquent, lorsqu'un sinistre est causé par un événement reconnu comme du terrorisme et uniquement pour la quote-part d'AXA Belgium dans la coassurance, la compagnie exécute ses engagements conformément aux dispositions prévues par cette loi, notamment en ce qui concerne la hauteur des prestations et le délai de paiement.

Article 13 - LES RISQUES NON COUVERTS

Les prestations assurées en vertu des articles 5 à 8 et 11 ne sont pas acquises lorsque le risque assuré résulte des circonstances énoncées ci-dessous :

- tentative de suicide;
- acte intentionnel de l'assuré provoquant des lésions, qu'elles soient recherchées ou non par l'assuré, à l'exclusion des actes de légitime défense ou de sauvetage;
- guerre entre Etats ou faits de même nature, guerre civile.
En cas de séjour à l'étranger, le risque est toutefois couvert :
 - lorsque le conflit a éclaté pendant le séjour,
 - lorsque, à la demande préalable du preneur d'assurance, la compagnie a accordé la couverture et que les conditions particulières le mentionnent explicitement.Dans ces cas, la preuve doit être apportée à la compagnie que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités.
- participation active à des émeutes ou actes de violence collective;
- faute lourde, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la faute lourde et l'événement donnant lieu à prestations.
Sont des fautes lourdes :
 - le pari, le défi,
 - le fait d'être sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue,
 - le fait d'être en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 g/l

de sang;

- affection allergique ou trouble subjectif ou psychique qui ne présente pas de symptômes objectifs permettant un diagnostic précis;
- toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments;
- traitement esthétique, traitement relatif à la fertilité (stérilisation, insémination artificielle, ...). Le traitement esthétique est toutefois couvert dans le cas de chirurgie purement réparatrice à la suite d'un accident ou d'une maladie.

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

Article 14 - LA PRISE D'EFFET

Pour chaque assuré, le contrat prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'assurance, mentionnée pour cet assuré dans les conditions particulières, mais au plus tôt à partir du jour où la première prime est payée.

Article 15 - LA DUREE

Ce contrat est viager pour chacun des assurés pour autant que la prime afférente à la couverture de ceux-ci soit payée.

Toutefois, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat à chaque échéance annuelle de la prime par lettre recommandée envoyée au moins trois mois avant cette échéance.

En cas de décès du preneur d'assurance, les éventuels autres assurés peuvent résilier le contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée dans les trente jours suivant le décès.

La résiliation du contrat sort ses effets au plus tôt 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste. La résiliation ne modifie pas les droits du bénéficiaire en ce qui concerne l'indemnisation du dernier sinistre.

Article 16 - LE CALCUL ET LE PAIEMENT DE LA PRIME

La prime représente le prix que la compagnie demande pour garantir les prestations assurées par ce contrat.

Les modes de calcul et de paiement des primes d'assurance sont définis dans les conditions particulières. Le preneur d'assurance effectue le versement des primes à la compagnie aux dates prévues à la réception d'un avis d'échéance.

Le paiement d'une prime n'oblige pas le preneur d'assurance au paiement des primes subséquentes.

En cas de non-paiement d'une échéance de prime, le contrat est résilié trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée au preneur d'assurance.

Cette lettre rappelle la date d'échéance de la prime et le montant de celle-ci. Elle précise également les conséquences du défaut de paiement dans le délai fixé ainsi que le point de départ de celui-ci.

Le preneur d'assurance a la faculté de remettre le contrat en vigueur dans les 3 mois de l'échéance de la première prime impayée, moyennant règlement de toutes les primes en souffrance.

La compagnie a le droit de subordonner toute remise en vigueur à l'acceptation d'une nouvelle proposition d'assurance ainsi qu'au résultat favorable de formalités médicales dont les frais éventuels incombent au preneur d'assurance.

Le cas échéant, la remise en vigueur s'effectue sans effet rétroactif, les garanties recommençant à courir après acceptation par la compagnie et versement des primes en souffrance.

Article 17 - LA MODIFICATION DE LA PRIME ET DES CONDITIONS D'ASSURANCE

Sauf accord réciproque des parties, et à la demande exclusive du preneur d'assurance et uniquement dans son intérêt, la compagnie ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance ait été conclu.

Toutefois, la prime et les conditions de couverture peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle en cas de changement dans les activités professionnelles de l'assuré ou de changement de son statut dans le système de sécurité sociale, pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Par ailleurs, la compagnie peut être amenée à revoir son tarif ou à adapter ses conditions de couverture lorsque la FSMA l'exige ou l'autorise conformément à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et ses arrêtés d'exécution.

Article 18 - L'ADAPTATION AUTOMATIQUE DES GARANTIES ET DES PRIMES

A chaque échéance annuelle de la prime, les primes, franchises et plafonds d'intervention exprimés en chiffres absolus peuvent être adaptés en fonction de l'évolution de l'indice spécifique aux coûts des services couverts par le contrat, à savoir l'indice "Garantie chambre particulière" de la classe d'âge "Global", pour autant que celle-ci soit plus élevée que l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

L'évolution de l'indice « Garantie chambre particulière » de la classe d'âge « Global » s'effectuera selon le rapport existant entre le dernier indice publié avant l'échéance annuelle de la prime, et celui publié l'année précédente.

Dans le cas où l'évolution de l'indice spécifique ne dépasse pas l'évolution de l'indice des prix à la consommation, ou à défaut de calcul et/ou de publication de cet indice spécifique, l'adaptation pourra s'effectuer en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation. En pareil cas, l'adaptation s'effectuera selon le rapport existant entre les indices du mois de novembre.

L'indice spécifique est celui visé à l'article 204§3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Chaque année, il est publié au Moniteur belge le premier jour ouvrable du mois de juillet.

En cas de modification de la législation en matière d'indexation des contrats maladie, la compagnie appliquera au présent contrat la nouvelle méthode d'indexation et/ou de nouvelles échéances annuelles de référence conformes aux nouveaux prescrits légaux.

L'adaptation automatique s'applique à l'ensemble des garanties visées aux articles 5 à 8 ainsi qu'à la garantie Assistance visée à l'article 11.

Article 19 - LA SUBROGATION

La compagnie est subrogée, par le seul fait du contrat, dans les droits et actions de l'assuré et de ses ayants droit, contre tout tiers responsable du sinistre ou qui serait légalement ou contractuellement tenu de l'indemniser, à quelque titre que ce soit, à concurrence des sommes payées ou à payer par la compagnie.

Article 20 - LES CHARGES DIVERSES

La taxe annuelle sur les opérations d'assurance ainsi que toutes charges, fiscales, sociales

ou d'une autre nature, présentes ou futures, sont à charge du preneur d'assurance. Toutefois, si ces charges sont applicables aux sommes dues en vertu du contrat, elles incombent aux bénéficiaires.

Article 21 - DIVERS

Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le preneur d'assurance ou l'assuré à la compagnie par l'entremise de ses intermédiaires habituels.

Les demandes en ce sens peuvent aussi être adressées au service Quality de la compagnie (au siège social de l'entreprise, e-mail : quality.brussels@ip-assistance.com, tel. : 02/550 04 00, fax : 02/552 51 66).

Si le preneur d'assurance ou l'assuré estiment ne pas avoir obtenu la solution adéquate, ils peuvent s'adresser au service Ombudsman Assurances (square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, e-mail : info@ombudsman.as, fax : 02/547 59 75) en tant qu'entité qualifiée.

La demande d'intervention à l'un de ces services ou institution ne porte pas préjudice à la possibilité pour la personne d'intenter une action en justice.

Article 22 - LA LOI APPLICABLE

Le contrat est soumis à la loi belge.

Il est régi actuellement par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Article 23 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les personnes concernées sont les assurés dont la compagnie a enregistré les données personnelles dans le cadre de l'exécution du présent contrat.

L'assuré informe le(s) membre(s) de la famille assuré(s) que ses/leurs données personnelles font l'objet d'un traitement (règlement Vie Privée).

Responsables du traitement des données

AXA Belgium, S.A. dont le siège social est établi Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367.

AXA Assistance (Inter Partner Assistance SA), dont le siège social est situé avenue Louise 166/1 à 1050 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n°0415.591.055.

Ci-après dénommées « les compagnies ».

AXA Assistance est également gestionnaire du présent contrat.

Délégué à la protection des données

Le délégué à la protection des données d'AXA Belgium peut être contacté aux adresses suivantes :

par courrier postal: AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884)
Place du Trône 1
1000 Bruxelles

par courrier électronique: privacy@axa.be

Le délégué à la protection des données d'AXA Assistance peut être contacté aux adresses suivantes :

Par courrier postal : AXA Assistance, Service Juridique - Data Protection Officer

Avenue Louise, 166/1
1050 Bruxelles

Par courrier électronique : legal.bnl@axa-assistance.com

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par les compagnies de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci, de l'employeur de la personne concernée ou de tiers, peuvent être traitées par les compagnies pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes :
 - o Il s'agit des traitements effectués pour établir et tenir à jour les bases de données, en particulier les données d'identification, relatives à toutes les personnes physiques ou morales qui sont en relation avec les compagnies.
 - o Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'une obligation légale.
- la gestion du contrat d'assurance :
 - o Il s'agit des traitements effectués en vue d'accepter ou refuser, de manière automatisée ou non, les risques préalablement à la conclusion du contrat d'assurance ou lors de remaniements ultérieurs de celui-ci; de confectionner, mettre à jour et mettre fin au contrat d'assurance; de recouvrer, de manière automatisée ou non, les primes impayées, de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance.
 - o Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'obligation légale.
- le service à la clientèle :
 - o Il s'agit des traitements effectués dans le cadre des services digitaux fournis aux clients complémentirement au contrat d'assurance (par exemple le développement d'un espace client digital).
 - o Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance et/ou de ces services digitaux complémentaires.
- la gestion de la relation entre les compagnies et l'intermédiaire d'assurances :
 - o Il s'agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre les compagnies et l'intermédiaire d'assurances.
 - o Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des compagnies consistant en l'exécution des conventions entre les compagnies et l'intermédiaire d'assurances.
- la détection, prévention et lutte contre la fraude :
 - o Il s'agit de traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter, de manière automatisée ou non, contre la fraude à l'assurance.
 - o Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des compagnies consistant dans la préservation de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurance elle-même.
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :
 - o Il s'agit de traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter, de manière automatisée ou non, contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
 - o Ces traitements sont nécessaires à l'exécution d'une obligation légale à laquelle les compagnies sont soumises.
- la surveillance du portefeuille :
 - o Il s'agit de traitements effectués en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer, de manière automatisée ou non, l'équilibre technique et financier des portefeuilles d'assurances.

- Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des compagnies consistant dans la préservation ou la restauration de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurances elle-même.
- les études statistiques :
 - Il s'agit de traitements effectués par les compagnies ou par un tiers en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que l'acceptation des risques et la tarification.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des compagnies consistant dans l'engagement sociétal, dans la recherche d'efficacités et dans l'amélioration de la connaissance de ses métiers.

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du Groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci (avocats, experts, médecins conseils, réassureurs, coassureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, autres entreprises d'assurances, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, Datassur).

Ces données peuvent également être communiquées aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé avec lequel les compagnies peuvent être amenées à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

Lorsque la personne concernée est également cliente d'AXA Bank Belgium, ces données à caractère personnel peuvent être traitées par les compagnies dans des fichiers communs en vue de la gestion du fichier des personnes, en particulier la gestion et la mise à jour des données d'identification.

Traitement des données à des fins de marketing direct

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par les compagnies de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci ou de tiers, peuvent être traitées par les compagnies à des fins de marketing direct (actions commerciales, publicités personnalisées, profilage, couplage de données, notoriété, ...), en vue d'améliorer la connaissance de leurs clients et prospects, d'informer ces derniers à propos de leurs activités, produits et services, et de leur adresser des offres commerciales.

Ces données à caractère personnel peuvent également être communiquées à d'autres entreprises du Groupe AXA et à des entreprises en relation avec les compagnies et/ou à l'intermédiaire d'assurances aux fins de leur propre marketing direct ou à des fins d'opérations communes de marketing direct, en vue d'améliorer la connaissance des clients et prospects communs, d'informer ces derniers à propos de leurs activités, produits et services respectifs, et de leur adresser des offres commerciales.

En vue d'offrir les services les plus appropriés en relation avec le marketing direct, ces données à caractère personnel peuvent être communiquées à des entreprises et/ou à des personnes intervenant en qualité de sous-traitants ou de prestataires de service au bénéfice des compagnies des autres entreprises du Groupe AXA et/ou de l'intermédiaire d'assurances.

Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des compagnies consistant dans le développement de leur activité économique. Le cas échéant, ces traitements peuvent être fondés sur le consentement de la personne concernée.

Transfert des données hors de l'Union Européenne

Les autres entreprises du Groupe AXA, les entreprises et/ou les personnes en relation avec celles-ci auxquelles les données à caractère personnel sont communiquées, peuvent être situées aussi bien dans l'Union Européenne qu'en dehors. En cas de transferts de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, les compagnies se conforment aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elles assurent, notamment, un niveau de protection adéquat aux données à caractère personnel ainsi transférées sur la base des mécanismes alternatifs mis en place par la Commission européenne, tels les clauses contractuelles standard, ou encore les règles d'entreprise contraignantes du Groupe AXA en cas de transferts intragroupe (Mon. B. 6/10/2014, p. 78547).

La personne concernée peut obtenir une copie des mesures mises en place par les compagnies pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande AXA Assistance à l'adresse indiquée ci-dessous (paragraphe « Contacter AXA Assistance »).

Conservation des données

Les compagnies conservent les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres, avec mise à jour de celles-ci chaque fois que les circonstances l'exigent, prolongée du délai légal de conservation ou du délai de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

Les compagnies conservent les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles elles n'ont pas donné suite jusqu'à cinq ans après l'émission de l'offre ou du refus de conclure.

Nécessité de fournir les données à caractère personnel

Les données à caractère personnel relatives à la personne concernée que les compagnies demandent de fournir sont nécessaires à la conclusion et à l'exécution du contrat d'assurance. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Confidentialité

Les compagnies ont pris toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données à caractère personnel et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci.

A cette fin, les compagnies suivent les standards de sécurité et de continuité de service et évaluent régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de leurs partenaires.

Les droits de la personne concernée

La personne concernée a le droit :

- d'obtenir des compagnies la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ;
- de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes ;
- de faire effacer ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;

- de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes des compagnies. Les responsables du traitement ne traitent plus les données à caractère personnel, à moins qu'ils ne démontrent qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés de la personne concernée ;
- de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ;
- de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative ; toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part des compagnies, d'exprimer son point de vue et de contester la décision des compagnies;
- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies aux compagnies, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine ; de transmettre ces données à un autre responsable du traitement, lorsque (i) le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement ou pour les besoins de l'exécution d'un contrat et (ii) le traitement est effectué à l'aide de procédés automatisés ; et d'obtenir que ses données à caractère personnel soient transmises directement d'un responsable du traitement à un autre, lorsque cela est techniquement possible ;
- de retirer son consentement à tout moment, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui, lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement.

Contacter AXA Assistance

La personne concernée peut contacter AXA Assistance, gestionnaire du présent contrat, pour exercer ses droits via un courrier postal daté et signé, accompagné d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité, adressé à AXA Assistance, Service juridique – Data Protection Officer, avenue Louise 166/1, 1050 Bruxelles, ou via l'adresse mail suivante : legal.bnl@axa-assistance.com.

AXA Assistance traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

Introduire une plainte

Si la personne concernée estime les compagnies ne respectent pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter en priorité AXA Assistance.

La personne concernée peut aussi introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35
commission@privacycommission.be

La personne concernée peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

Nous attirons l'attention du preneur d'assurance sur l'importance de ses engagements

La compagnie pourrait être amenée à diminuer ses prestations en fonction du préjudice qui résulte pour elle du non-respect, dans les délais indiqués, des engagements qui suivent, sauf si ce non-respect résulte d'un cas de force majeure.

De plus, la compagnie pourrait être amenée à refuser sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les engagements qui suivent.

Article 24 - LA DECLARATION DE SINISTRE

Toutes prestations dont la demande ne serait pas parvenue à la compagnie dans un délai de 3 ans à dater de celles-ci ne seront plus couvertes par le présent contrat.

Garanties Hospitalisation et One day clinic

Toute hospitalisation de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, doit être déclarée à la compagnie au plus tard dans un délai de 30 jours à partir de sa survenance.

Garantie Maladies graves - Soins ambulatoires

La survenance ou le diagnostic d'une des maladies couvertes par ce contrat, dont l'assuré est atteint, doit être déclarée au plus tard dans un délai de 30 jours à partir de l'événement.

L'assuré communique également à la compagnie, dès que possible, les preuves d'intervention d'autres entreprises d'assurance et/ou de la mutuelle au cas où il serait couvert par une ou plusieurs autres assurances ayant le même objet et aurait déjà bénéficié d'une intervention.

Article 25 - LES AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ASSURE

Garanties Hospitalisation et One day clinic

L'assuré fournit à la compagnie, dès que possible, les renseignements et les documents qu'elle lui demande, en l'occurrence les originaux des documents prouvant l'existence et le montant des frais couverts.

Il joint à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à expliciter la cause de l'hospitalisation.

La compagnie doit pouvoir, à tout moment, faire contrôler par un médecin agréé par elle si l'état de santé de l'assuré nécessite une hospitalisation.

L'assuré se soumet, dans les 30 jours, aux contrôles médicaux et autres formalités que lui demande la compagnie. Elle peut demander que les contrôles médicaux aient lieu en Belgique.

Garantie Maladies graves – Soins ambulatoires

L'assuré joint à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence de la maladie couverte par ce contrat.

Article 26 - LA CONTESTATION ET L'EXPERTISE

Un éventuel désaccord de la part du preneur d'assurance et/ou de l'assuré sur un sujet médical doit être signifié à la compagnie dans les 15 jours de la notification de sa décision.

La contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale, composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le preneur d'assurance et/ou l'assuré et l'autre par la compagnie. Faute d'arriver à un accord, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

Il en est de même pour les honoraires d'autres médecins auxquels il est fait appel.

LEXIQUE

A. Lexique concernant tous les articles des présentes conditions, excepté l'article 11 "Assistance", dont le lexique est repris ci-après.

Accident

Evénement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'assuré et entraînant une lésion corporelle.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en périls;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives, soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs;
- les complications des lésions initiales produites par un accident couvert;
- la rage et le tétanos.

Le suicide n'est pas considéré comme un accident.

Appareil orthopédique

Appareil destiné à prévenir ou corriger les difformités du corps.

Etablissement hospitalier

Etablissement légalement reconnu comme tel et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception :

- des établissements psychiatriques fermés;
- des établissements médico-pédagogiques;
- des établissements destinés au simple hébergement (maison de repos,....);
- des maisons de repos et de soins.

Etat d'ivresse

Etat d'une personne qui n'a plus le contrôle permanent de ses actes, sans qu'il soit requis qu'elle ait perdu la conscience de ceux-ci.

Honoraires paramédicaux

Honoraires pour l'exécution de prestations médicales par des prestataires de soins de santé agréés ou reconnus dans leur pratique (honoraires d'un médecin, diététicien, podologue, logopède, kinésithérapie, physiothérapie, ostéopathie, chiropraxie, homéopathie, acuponcture, psychanalyse et/ou honoraires d'un psychologue).

Hospitalisation

Séjour médicalement nécessaire dans un établissement légalement considéré comme une institution hospitalière, donnant lieu à une facturation de frais de séjour dans les cadres "Hospitalisation" et "Hôpital (chirurgical ou non) de jour".

Intervention légale

- pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés;
- pour les frais exposés dans un pays étranger : tout remboursement prévu par une

convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

Par législations belges applicables aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident, on entend :

- la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie ou l'invalidité;
- la législation relative aux accidents du travail;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

Maladie

Altération de la santé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

Matériel médical

Tout matériel qui remplit la fonction d'un membre ou d'un organe ou qui est médicalement nécessaire au processus de guérison de l'assuré.

Médecine alternative

Homéopathie, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie.

Médicament

Produit prescrit par un médecin et agréé comme tel par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Produit parapharmaceutique

Produit autre qu'un médicament, délivré en pharmacie ou chez un bandagiste, prescrit par un médecin, et nécessaire au traitement médical de l'assuré.

Prothèse

Appareil qui remplit, totalement ou partiellement, la fonction d'un organe ou d'un membre.

Soins ambulatoires

Soins prodigués en dehors d'une hospitalisation.

Soins palliatifs

Aide et assistance pluridisciplinaires dispensées dans un hôpital afin de rencontrer globalement les besoins physiques, psychiques et spirituels des patients durant la phase terminale de leur maladie et qui contribuent à la préservation d'une qualité de vie pour les patients et leur famille.

Terrorisme

Action ou 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.

B. Lexique relatif à l'article 11 "Assistance"

Bagages

Effets personnels emportés par l'assuré ou transportés à bord du véhicule assuré. Ne sont pas assimilés à des bagages : un planeur, une planche à voile, un bateau, des marchandises commerciales, du matériel scientifique, des matériaux de construction, du mobilier de maison, des chevaux, du bétail.

Incident médical

La maladie ou l'accident corporel survenant à un assuré, ainsi que l'état de grossesse et l'accouchement.

Rapatriement

Retour du véhicule et/ou des assurés à leur domicile.

Rapatriement sanitaire

Le transport vers un centre de soins d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier). Un rapatriement sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité d'un traitement adapté sur place.

Valeur résiduelle du véhicule assuré

La valeur du véhicule déterminée par un expert après l'incident technique.

Véhicule assuré

A l'exception du véhicule circulant sous plaque marchande ou d'essai et pour autant qu'il soit en règle de contrôle technique : la moto d'une cylindrée supérieure à 125 cc, le véhicule affecté à usage de tourisme ou affaires ou à usage mixte, le véhicule de type tout terrain, le motor-home ou la camionnette. La masse maximale autorisée (M.M.A.) ne doit pas dépasser 3,5 tonnes et / ou sa longueur doit être inférieure à 6 mètres. Le véhicule doit être immatriculé en Belgique. Lorsqu'ils sont tractés par le véhicule désigné : la remorque ou la caravane, dont la M.M.A. ne dépasse pas 3,5 tonnes et / ou dont la longueur ne dépasse pas 6 mètres.