



Réf: NOP

Conditions générales | **Police d'assurance
Ambu 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 "Soins dentaires"
- Article 6 - La garantie "Soins optiques"
- Article 7 - La garantie "Soins ambulatoires"
- Article 8 - L'intervention de la compagnie
- Article 9 - Le terrorisme
- Article 10 - Les risques non couverts

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

- Article 11 - La prise d'effet
- Article 12 - La durée
- Article 13 - Le calcul et le paiement de la prime
- Article 14 - La modification de la prime et des conditions d'assurance
- Article 15 - L'adaptation automatique des garanties et des primes
- Article 16 - La subrogation
- Article 17 - Les charges diverses
- Article 18 - Divers
- Article 19 - La loi applicable
- Article 20 - Protection des données personnelles

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

- Article 21 - La déclaration de sinistre
- Article 22 - Les autres engagements de l'assuré
- Article 23 - La contestation et l'expertise

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 Ambulatoires 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 Ambulatoires.

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-cohabitant(e) légal(e)) 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 INTER PARTNER ASSISTANCE 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 cohabitant(e) légal(e)) ainsi que les membres de sa famille qui étaient assurés dans le cadre de la police collective et dont les soins ambulatoires 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 en particulier les garanties qui sont effectivement couvertes pour le preneur d'assurance.

Les conditions générales sont explicitées dans les pages qui suivent. Ces dispositions sont applicables dans la mesure où les conditions particulières n'y dérogent pas.

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 "SOINS DENTAIRES"

La compagnie intervient dans tous les frais de traitements et soins dentaires, tant préventifs que curatifs (visite de contrôle, détartrage, radiographie, parodontologie,...) pour autant qu'ils soient pratiqués par un praticien de l'art dentaire. Par dérogation à ce qui précède, la compagnie n'intervient dans les frais d'orthodontie qu'en faveur des assurés âgés de moins de 25 ans.

La compagnie intervient également dans les frais de prothèses dentaires énumérés ci-après, pour autant qu'elles soient médicalement nécessaires et qu'elles aient été placées par un praticien de l'art dentaire :

- les prothèses dentaires amovibles ou fixes
- les implants
- les pivots
- les couronnes
- les bridges

Les frais de prothèses dentaires sont limités à une intervention tous les 5 ans pour une même dent.

Les frais d'hospitalisation ne sont pas couverts par la compagnie.

Article 6 - LA GARANTIE "SOINS OPTIQUES"

La compagnie intervient dans tous les frais de traitements et soins optiques, tant préventifs que curatifs, pour autant qu'ils soient pratiqués par un ophtalmologue, à l'exclusion des frais d'opérations correctrices de la vue (par exemple au laser).

La compagnie intervient également dans les frais de prothèses optiques énumérés ci-après, pour autant qu'elles soient médicalement nécessaires et qu'elles aient été prescrites par un ophtalmologue :

- les verres de lunettes
- les frais de monture, une fois tous les 5 ans au maximum

Les frais d'hospitalisation ne sont pas couverts par la compagnie.

Article 7 - LA GARANTIE " SOINS AMBULATOIRES"

La compagnie intervient dans les frais suivants, pour autant qu'ils aient été pratiqués par un prestataire de soins de santé dans le cadre d'un traitement préventif ou curatif relatif à un

problème de santé :

- prestations et honoraires médicaux et honoraires paramédicaux (honoraires d'un médecin, diététicien, podologue, logopède, kinésithérapie, physiothérapie, ostéopathie, chiropraxie, homéopathie, acuponcture, psychanalyse et/ou honoraires d'un psychologue)
- analyses médicales et imagerie médicale
- prothèses médicales
- appareils orthopédiques
- médicaments (y compris homéopathiques)
- produits parapharmaceutiques

Les frais d'hospitalisation ne sont pas couverts par la compagnie.

Article 8 - L'INTERVENTION DE LA COMPAGNIE

Les dispositions ci-après sont d'application pour toutes les garanties décrites aux articles 5 à 7.

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.

La compagnie intervient totalement dans le montant ainsi déterminé jusqu'à concurrence d'un plafond (seuil n°1) fixé annuellement. Elle intervient également de façon partielle dans le montant ainsi déterminé au-delà d'une certaine franchise (seuil n°2) fixée annuellement. Aucune intervention n'est due entre le seuil n°1 et le seuil n°2.

Le montant des seuils n°1 et 2 ainsi que le degré d'intervention au-delà du seuil n°2 sont définis dans les conditions particulières.

Le dépassement ou non de ces seuils est apprécié annuellement, c'est-à-dire sur des périodes successives de 12 mois, prenant cours la première fois à la date d'entrée en vigueur de la police collective, et ensuite à la date d'échéance annuelle de la police collective.

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 9 - 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 10 - LES RISQUES NON COUVERTS

Les prestations assurées en vertu des articles 5 à 7 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 11 - 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 12 - 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 13 - 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 14 - 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 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

Article 15 - 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 sur base de l'évolution de l'indice aux coûts des services couverts par le contrat, à savoir l'indice "Garantie soins ambulatoires" 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 soins ambulatoires » 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 cet indice 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, la compagnie se référera à l'indice général des prix à la consommation. En pareil cas, l'adaptation s'effectuera selon le rapport existant entre les indices du mois de novembre.

En cas de modification de la législation en matière d'indexation des contrats maladie, la compagnie pourra appliquer au présent contrat une 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 7.

Article 16 - 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 17 - LES CHARGES DIVERSES

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 18 - 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 19 - 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 20 - 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.

Aussi dénommées « les assureurs ».

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 : DPO.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 assureurs 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 assureurs pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes :
 - 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 assureurs.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'une obligation légale.
- la gestion du contrat d'assurance :
 - 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.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'obligation légale.
- le service à la clientèle :
 - 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).
 - 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 assureurs et l'intermédiaire d'assurances :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre les assureurs et l'intermédiaire d'assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs consistant en l'exécution des conventions entre les assureurs et l'intermédiaire d'assurances.
- la détection, prévention et lutte contre la fraude :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter, de manière automatisée ou non, contre la fraude à l'assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs 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 :
 - 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.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution d'une obligation légale à laquelle les assureurs sont soumis.
- la surveillance du portefeuille :
 - 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs peuvent être amenés 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 assureurs 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 assureurs de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci ou de tiers, peuvent être traitées par les assureurs 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 assureurs 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 assureurs, des autres entreprises du Groupe AXA et/ou de l'intermédiaire d'assurances.

Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs 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 assureurs. 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 assureurs, d'exprimer son point de vue et de contester la décision des assureurs;
- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies aux assureurs, 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 que les assureurs 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 sur l'importance des engagements suivants.

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 21 - 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.

L'assuré fournit à la compagnie, dès que possible, les renseignements et les documents originaux, ou à défaut, des documents équivalents prouvant l'existence et le montant des frais couverts par cette police.

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 22 - LES AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ASSURE

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.

Article 23 - 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

Accident

Événement 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.

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.

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.

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.