



Individuelle Accidents Corporels Formule 24/24



**L'Ardenne
Prévoyante**

Différents par volonté et par nature.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I : OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

ARTICLE 1 : L'OBJET DU CONTRAT
ARTICLE 2 : ETENDUE TERRITORIALE
ARTICLE 3 : GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT SPORTIF
ARTICLE 4 : LA NAVIGATION AERIEENNE
ARTICLE 5 : LA CONDUITE D'UNE MOTOCYCLETTE
ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 7 : FRAIS MEDICAUX
ARTICLE 8 : INCAPACITE TEMPORAIRE
ARTICLE 9 : INCAPACITE PERMANENTE
ARTICLE 10 : DECES
ARTICLE 11 : INDEXATION

CHAPITRE III : ADMINISTRATION ET VIE DU CONTRAT

ARTICLE 12 : DESCRIPTION DU RISQUE
ARTICLE 13 : LA PRIME

CHAPITRE IV : LES SINISTRES

ARTICLE 14 : EN CAS DE SINISTRE
ARTICLE 15 : LES CONDITIONS D'INDEMNISATION
ARTICLE 16 : L'ETAT ANTERIEUR
ARTICLE 17 : LA CONTESTATION D'ORDRE MEDICAL
ARTICLE 18: NON RESPECT DES OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE
ARTICLE 19 : RECOURS CONTRE LES TIERS

CHAPITRE V : LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 20 : PRISE D'EFFET
ARTICLE 21 : DUREE DE L'ASSURANCE
ARTICLE 24 : FORMES DE RESILIATION ET LEUR PRISE D'EFFET
ARTICLE 23: MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET/OU
DES PRIMES
ARTICLE 22 : LIMITE D'AGE

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES AU TERRORISME

CHAPITRE VII : DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE PRIVEE

LEXIQUE



CHAPITRE I : OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

ARTICLE 1: OBJET DU CONTRAT

L'assurance garantit le paiement des indemnités prévues dans ce contrat en cas d'accident survenu aux assurés désignés aux conditions particulières qui, de par leur situation au sein de l'entreprise, ne sont pas assujettis à la législation sur les accidents du travail.

Cette assurance indemnise les victimes pour les cas de décès, d'incapacité permanente, d'incapacité temporaire et pour les frais médicaux, que l'accident survienne dans le cadre de la vie professionnelle, pour les activités décrites aux conditions particulières, ou de la vie privée.

La garantie est acquise à condition que le ou les bénéficiaires de l'indemnité renoncent à toute action en responsabilité civile contre l'assuré.

La réparation est basée sur la rémunération conventionnelle reprise aux conditions particulières.

ARTICLE 2 : ETENDUE TERRITORIALE

La garantie est de plus acquise pour les accidents survenus dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique.

ARTICLE 3 : GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT SPORTIF

Sont couverts les accidents survenus lors de la pratique en amateur de tous les sports, sauf les accidents résultant des activités suivantes :

- les sports motorisés en compétition ou en entraînement;
- la participation à une compétition organisée de cyclisme, de sports d'hiver, de sports de combat ou de défense, ou à un entraînement ou un essai en vue de telle compétition ;
- les sports de combat et de défense, à l'exception des sports suivants : judo, aikido, taï chi chuan, escrime;
- le canyoning;

- les sports aéronautiques ou aériens tels que le saut en parachute, le vol à voile, l'ULM, le deltaplane, la montgolfière, le benji, le parapente.

Les sports, quels qu'ils soient, pratiqués à titre professionnel ne sont pas couverts.

ARTICLE 4 : LA NAVIGATION AERIENNE

Sans préjudice aux dispositions de l'article 3, la garantie est également acquise durant l'usage d'un appareil de navigation aérienne à titre de pilote ou de passager, **à l'exception** :

- du pilotage d'un appareil de navigation aérienne si vous n'avez pas une expérience en qualité de commandant de bord d'au moins 100 heures de vol ;
- de l'usage d'un appareil de navigation aérienne à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesses, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, vols d'essais en vue d'obtenir une licence ;
- de l'usage d'un appareil de navigation aérienne lorsque l'appareil est un prototype ou un appareil militaire autre que de transport.

ARTICLE 5 : CONDUITE D'UNE MOTOCYCLETTE - QUAD

Sauf convention contraire, les accidents résultant de la conduite d'une motocyclette ou d'un quad dont l'assuré est le propriétaire ou le conducteur habituel, seront réglés comme suit :

- pour la garantie "frais médicaux", l'intervention est limitée à 50 % des frais exposés et à 50 % du plafond repris au contrat.
- pour les garanties "incapacité temporaire", "invalidité permanente" et "décès", les interventions seront calculées sur base de 50 % des montants assurés.

La franchise pour frais médicaux ainsi que le délai de carence* convenu restent inchangés.

Par motocyclette ce contrat entend tout véhicule à deux, trois roues ou quad, équipé d'un moteur d'au moins 50 cc et dont la vitesse dépasse 40 km/h.

ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus les accidents résultant :

- de l'intoxication alcoolique, de l'état d'ivresse ou de l'utilisation de drogues ou autres stupéfiants;
- d'un déséquilibre mental ;



- d'un cataclysme naturel survenu en Belgique ;
- de la participation à des paris, défis ou à des actes notoirement téméraires ou périlleux;
- résulte d'un fait intentionnel de votre part ou du bénéficiaire ;
- de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou dangereuses, de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs.
- de guerre, ou de faits de même nature et de la guerre civile.

Toutefois, les accidents résultant de la guerre ou de faits de même nature et de la guerre civile sont couverts lorsque la victime est surprise à l'étranger par le déclenchement des hostilités et y est victime d'un accident dans un délai de 14 jours à dater du début des hostilités. Ce délai peut être prolongé jusqu'au moment où la victime bénéficie des moyens nécessaires pour quitter le territoire. En aucun cas, la garantie n'est acquise si la victime a pris une part active à ces hostilités;

Sont également exclus :

- les lésions et leurs suites provenant d'opérations ou de traitements pratiqués par l'assuré sur sa propre personne, sauf si l'assuré ou ses ayants droit établissent qu'il s'agit d'atténuer les conséquences d'un accident couvert en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouve l'assuré de recevoir les soins nécessaires en temps utile;
- le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences.

Les maladies y compris les maladies professionnelles ne peuvent être considérées comme accidents, ni en soi ni dans leurs conséquences.

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 7 : FRAIS MEDICAUX

La Compagnie rembourse les frais de traitements médicalement nécessaires, prestés ou prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer. Les frais d'hospitalisation et de chirurgie esthétique sont également remboursés.

Ces frais sont pris en charge, soit jusqu'à la guérison, soit jusqu'à la consolidation si l'assuré a une invalidité permanente par suite de l'accident.

L'assuré a droit au remboursement des frais de réparation ou de remplacement des appareils de prothèse ou d'orthopédie

existants auxquels l'accident a causé des dégâts, même si l'accident n'a pas causé de lésions corporelles. L'assuré a également droit une seule fois au remboursement du prix d'achat des nouveaux appareils de prothèse ou d'orthopédie qui sont médicalement nécessaires.

Le remboursement est toutefois limité au montant défini par les directives du Fonds des Accidents du Travail ou, à défaut, par le tarif prévu par l'assurance maladie-invalidité.

Les frais de déplacement pour des raisons médicales sont remboursés à concurrence de 0,17 EUR par km pour autant que la distance soit supérieure à 5 km.

L'intervention a lieu sur présentation du relevé des dates et du nombre de kilomètres parcourus ; elle est limitée à 620,00 EUR.

Si l'assuré bénéficie, pour l'accident, de remboursements en vertu de la législation sur la sécurité sociale, l'intervention de la compagnie sera limitée à la différence entre les frais encourus et les dits remboursements. Si, pour une raison ou une autre, l'assuré ne reçoit pas ou n'a pas droit aux dits remboursements, la Compagnie tiendra compte d'une intervention fictive égale à l'intervention prévue par la législation belge.

Les frais médicaux qui, après intervention de la sécurité sociale restent à charge de l'assuré, sont remboursés compte tenu d'une franchise de 150,00 EUR par victime et par accident.

Ils sont pris en charge sur présentation des pièces justificatives.

L'intervention de la Compagnie y compris les frais de déplacement est limitée, par personne et pour le même sinistre, au plafond repris aux conditions particulières.

ARTICLE 8 : INCAPACITE TEMPORAIRE

Si l'assuré subit une incapacité de travail temporaire totale, la Compagnie garantit par jour d'incapacité temporaire une indemnité égale à 1/365ème de la rémunération annuelle ou l'indemnité journalière assurée.

Cette indemnité sera payée mensuellement à terme échu et après expiration du délai de carence de 7 jours consécutifs à dater du jour de l'accident.

Cette indemnité est due pendant maximum 3 ans à dater du jour de l'accident.

Si l'assuré n'interrompt pas complètement ses occupations professionnelles ou dès qu'il peut les reprendre partiellement, l'indemnité est réduite proportionnellement.

Si l'assuré n'exerce pas d'activités professionnelles au moment de l'accident, la Compagnie intervient jusqu'à concurrence du degré d'incapacité fixé médicalement.

ARTICLE 9 : INCAPACITE PERMANENTE

Dès la consolidation des lésions et au plus tard 3 ans à dater du jour de l'accident, si l'assuré a subi une invalidité permanente totale (100 %) un capital sera payé. Le montant de ce capital est déterminé conformément aux dispositions reprises aux conditions



particulières. Si l'invalidité est partielle, l'indemnité est fixée proportionnellement au degré d'invalidité permanente retenu.

Ce degré d'invalidité est défini lorsque l'état de l'assuré peut être considéré comme définitif. Il est fixé conformément aux dispositions du Barème Officiel Belge des Invalidités en fonction des séquelles observées, compte non tenu de sa profession ou de ses occupations.

En cas de contestation d'ordre médical au sujet du degré d'invalidité permanente, la Compagnie paie sur demande de l'assuré, une provision sur base du degré d'invalidité permanente proposée.

Le capital restant sera transmis dans un délai de 30 jours à compter de la date de l'accord définitif écrit entre l'assuré et la Compagnie ou de la date où la décision judiciaire fixant définitivement le degré d'invalidité permanente, et passée en force de chose jugée.

ARTICLE 10 : DECES

La Compagnie paie le capital dont le montant est repris dans les conditions particulières lorsque le décès est la conséquence directe de l'accident ou résulte d'une cause secondaire que l'accident aurait aggravé et telle que sans cette aggravation, le décès ne se serait pas produit.

Le capital est versé :

1. soit au conjoint non divorcé ni séparé de corps, ni séparé de fait ou au cohabitant légal;
à défaut de conjoint, aux enfants qui sont appelés à hériter ;
à défaut de conjoint et d'enfant, aux héritiers légaux selon leurs droits respectifs dans la succession à l'exception de l'Etat ;
2. soit au bénéficiaire indiqué dans les conditions particulières. Dans ce cas, l'ordre des bénéficiaires susmentionné n'est pas d'application. En cas de décès préalable du bénéficiaire indiqué dans les conditions particulières ou de décès simultané de l'assuré et ce bénéficiaire, l'ordre des bénéficiaires susmentionné est de nouveau d'application.

Le capital est payé dans un délai de 30 jours à compter du jour de la déclaration du décès ou de la réception par nous des pièces justificatives demandées.

ARTICLE 11 : INDEXATION

La rémunération conventionnelle assurée et par voie de conséquence la prime y afférente sont automatiquement adaptées à la date d'échéance selon le rapport existant entre

l'indice des prix à la consommation à appliquer à ce moment et celui indiqué aux conditions particulières.

L'indice des prix à la consommation à appliquer est défini comme suit :

- du 1er janvier au 30 juin : celui fixé officiellement pour le mois d'octobre de l'année précédente;
- du 1er juillet au 31 décembre : celui fixé officiellement pour le mois d'avril précédent.

La rémunération conventionnelle assurée est, au jour du sinistre, recalculée en prenant en considération l'indice semestriel établi comme indiqué ci-dessus, pour autant qu'il soit supérieur à l'indice pris en considération pour la dernière prime.

La rémunération conventionnelle assurée ainsi recalculée ne peut cependant excéder 120 % de celle assurée à la dernière échéance.

CHAPITRE III : ADMINISTRATION ET VIE DU CONTRAT

ARTICLE 12 : DESCRIPTION DU RISQUE

12.1. Obligations lors de la souscription

Toutes les circonstances dont l'assuré a connaissance et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque.

L'assuré doit informer la Compagnie, entre autres de tous les renseignements concernant son activité professionnelle et celle des autres assurés.

12.2. En cours de contrat

Dans les plus brefs délais, toutes les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances dont l'assuré a connaissance et qu'il doit raisonnablement considérer comme étant de nature à entraîner une aggravation sens ble et durable du risque assuré.

L'assuré est tenu de déclarer toute activité nouvelle, aussi bien temporaire que durable. La couverture ne sera acquise qu'après consentement de la Compagnie, lequel sera confirmé par écrit.

12.3. Adaptation du contrat

Dans un délai d'un mois à compter du jour où la Compagnie a eu connaissance d'une description inexacte ou incomplète du risque ou d'une aggravation de celui-ci, la Compagnie peut :

- proposer une modification du contrat qui prendra effet :



- au jour où elle a eu connaissance de la description inexacte ou incomplète du risque à la conclusion du contrat ;
- rétroactivement au jour de l'aggravation du risque en cours de contrat, que l'assuré ait ou non déclaré cette aggravation ;

- résilier le contrat si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque.

Si l'assuré refuse la proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assuré ne l'a pas acceptée, il peut résilier le contrat dans les 15 jours.

12.4. En cas de survenance d'un sinistre

La Compagnie effectuera la prestation convenue si l'omission ou l'inexactitude commise dans la description du risque ne peut être reprochée à l'assuré.

Par contre, si cette omission ou inexactitude peut lui être reprochée, la Compagnie effectuera la prestation selon le rapport entre la prime payée et celle qu'elle aurait dû payer si l'assuré avait correctement décrit le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre.

Toutefois, si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle se limitera à rembourser la totalité des primes payées depuis le moment où le risque est devenu inassurable.

12.5. En cas de fraude

Si une omission ou une inexactitude est intentionnelle et induit la Compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, à la conclusion du contrat, celui-ci sera nul de plein droit ;

Si une omission ou une inexactitude est intentionnelle et induit la Compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque en cours de contrat, la Compagnie pourra le résilier avec effet immédiat.

Toutes les primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a eu connaissance de la fraude seront dues à titre de dommages et intérêts et, en cas de sinistre, la garantie pourra être refusée

12.6. En cas de diminution du risque

Lorsque le risque assuré a diminué de façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la conclusion du contrat, la Compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, la prime sera diminuée à due concurrence, à partir du jour où la Compagnie a eu connaissance de la diminution du risque.

Si aucun accord ne peut être conclu entre les parties sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution, l'assuré peut résilier le contrat.

ARTICLE 13 : LA PRIME

13.1. Calcul de la prime

- . La prime est calculée en fonction des montants assurés.
- . La prime sera adaptée à chaque échéance annuelle comme précisé à l'article 11.
- . La prime est augmentée de tous impôts, taxes et redevances établis ou à établir sous une dénomination quelconque par quelque autorité que ce soit. Elle doit être payée dans les trente jours qui suivent l'invitation à payer.

13.2. Défaut de paiement

La Compagnie adresse, par exploit d'huissier ou par lettre recommandée, un rappel valant mise en demeure et se réserve le droit de réclamer les frais administratifs de recouvrement.

Pour chaque lettre recommandée que l'assureur enverra au preneur d'assurance en cas d'omission de paiement d'une somme d'argent certaine, exigible et incontestée - par exemple en cas de non-paiement de la prime - celui-ci sera redevable d'une indemnité calculée forfaitairement à 15 euros indexés.

À défaut pour l'assureur de payer au preneur d'assurance en temps utile une somme d'argent et dans la mesure où celui-ci aura adressé à l'assureur une mise en demeure par lettre recommandée, l'assureur remboursera le preneur des frais administratifs généraux calculés de la même façon.

Si l'assureur est contraint de confier la récupération d'une créance à un tiers, une indemnité équivalente à 10% du montant dû avec un maximum de 100 euros sera réclamée au preneur d'assurance.

À défaut de paiement de la prime dans les 15 jours à compter du lendemain de cette mise en demeure, l'ensemble des garanties prévues au contrat seront suspendues ou le contrat sera résilié.

La suspension ou la résiliation n'auront d'effet qu'à l'expiration de ce délai de 15 jours.

13.3. Si les garanties ont été suspendues

Les primes venant à échéance pendant la période de suspension restent dues à condition que l'assuré ait été mis en demeure comme indiqué ci-avant. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension des garanties.

Les garanties seront remises en vigueur le lendemain du jour où la Compagnie aura reçu le paiement intégral des primes réclamées, augmentées s'il y a lieu des intérêts.

En outre, la Compagnie peut résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure. Dans ce cas, la



résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'au moins 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

Si la Compagnie ne s'est pas réservée cette faculté dans la mise en demeure, la résiliation n'interviendra que moyennant une nouvelle mise en demeure, faite comme indiqué ci-avant.

CHAPITRE IV : LES SINISTRES

ARTICLE 14 : EN CAS DE SINISTRE

14.1. La déclaration

Il y a lieu de faire la déclaration d'un accident dans un délai de 10 jours ou aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire. En cas de mort, la déclaration doit être faite dans les 24 heures.

La déclaration des accidents bénins n'entraînant ni incapacité de travail, ni intervention médicale n'est pas indispensable.

14.2. Les certificats

Dans les 10 jours du début de l'incapacité de travail, il y a lieu d'adresser à la Compagnie un certificat de premier constat du médecin traitant.

Les certificats médicaux relatifs à l'accident, au traitement, à l'état actuel ou antérieur de même que tous autres renseignements demandés par la Compagnie doivent être fournis dans les 10 jours.

14.3. Les soins médicaux

En cas d'accident, les soins d'un médecin autorisé à pratiquer doivent vous être prodigués jusqu'à ce que toutes les possibilités de guérison soient épuisées.

La Compagnie ne répond pas de l'aggravation des conséquences d'un accident qui résulterait du retard apporté à l'assistance médicale ou du refus de la part de l'assuré de suivre le traitement médical indiqué.

ARTICLE 15 : LES CONDITIONS D'INDEMNISATION

L'assuré doit fournir tous les renseignements permettant à la Compagnie d'établir le droit aux indemnités. A cet effet, l'assuré s'engage à demander aux médecins traitants et à les faire communiquer au plus tôt au médecin-conseil de la Compagnie toutes les informations concernant son état de santé.

La Compagnie se réserve le droit de vérifier les déclarations qui lui sont faites et les réponses fournies à ses demandes de renseignements. Le médecin-conseil peut vous demander de

passer un examen médical auprès d'un médecin qu'il désigne. Les frais de cet examen sont à notre charge.

ARTICLE 16 : L'ETAT ANTERIEUR

Les indemnités dues sont déterminées exclusivement d'après les conséquences directes du sinistre. Lorsque la lésion résultant de l'accident a atteint un organe, un membre ou une fonction, déjà limité, la Compagnie indemnise la perte fonctionnelle, tenant compte de la déduction pour l'invalidité préexistante.

ARTICLE 17: LA CONTESTATION D'ORDRE MEDICAL

En cas de désaccord au sujet d'un traitement médical, de la durée et/ou du degré de l'incapacité temporaire de travail, de l'origine et/ou du degré de l'invalidité permanente ou de la cause du décès, les parties s'en remettront aux avis conformes du médecin de l'assuré et de celui de la Compagnie.

En cas de divergence d'opinion, un troisième expert, dont la voix sera prépondérante, sera choisi par les deux experts ou, à défaut, par le Président du Tribunal du Travail de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin, ceux du troisième expert, ainsi que les frais des examens médicaux complémentaires, sont payés de frais communs.

ARTICLE 18: NON RESPECT DES OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

La Compagnie peut réduire l'indemnité ou la récupérer si elle a été payée dans la mesure où elle a subi un préjudice.

Si ce manquement résulte d'une intention frauduleuse, la Compagnie peut refuser toute intervention ou récupérer l'indemnité déjà payée.

ARTICLE 19 : RECOURS CONTRE LES TIERS

La Compagnie est subrogée dans les droits et actions de l'assuré et ceux du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage à concurrence de ses débours pour frais médicaux.

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

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



CHAPITRE V : LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 20 : PRISE D'EFFET

L'assurance prend effet à la date et l'heure fixées dans les conditions particulières.

ARTICLE 21 : DUREE DE L'ASSURANCE

La durée du contrat ne peut excéder un an. A la fin de la période d'assurance, le contrat se reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'expiration de la période en cours.

ARTICLE 22 : LIMITE D'AGE

L'assurance prend fin sans autre formalité à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 75 ans. Toutefois toutes les garanties seront réduites de 50 % à l'échéance annuelle qui suit le 70ème anniversaire de l'assuré. La prime sera réduite de 25 %.

ARTICLE 23: MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET/OU DES PRIMES

Lorsque la Compagnie modifie les conditions d'assurance et/ou le tarif, elle peut adapter le contrat à l'échéance annuelle de la prime suivante.

Si la Compagnie avertit l'assuré de ces modifications au moins trois mois avant l'échéance annuelle, celui-ci a le droit de résilier le contrat trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait le contrat prend fin à cette échéance.

Si la Compagnie avertit l'assuré de ces modifications moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, celui-ci a le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de la notification de ces modifications. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain du dépôt à la poste de la lettre recommandée de résiliation, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle qui suit la notification de la modification.

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

ARTICLE 24 : FORMES DE RESILIATION ET LEUR PRISE D'EFFET

24.1. Par l'assuré :

- pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 21 ;
- après chaque déclaration de sinistre mais au plus tard un mois après notre notification du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité ;
- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif conformément à l'article 23 ;
- en cas de diminution du risque conformément à l'article 12.6 ;
- lorsqu'un délai supérieur à un an s'écoule entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet. Dans ce cas, l'assuré doit notifier la résiliation au plus tard 3 mois avant la prise d'effet du contrat.

24.2. Par la Compagnie:

- pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 21 ;
- si l'assuré déclare une modification du risque conformément à la procédure décrite à l'article 12 ;
- si l'assuré n'a pas correctement décrit le risque, conformément à la procédure décrite à l'article 12 ;
- en cas de non-paiement de la prime conformément à l'article 13 ;
- après chaque déclaration de sinistre mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité ;
- en cas de faillite, de concordat ou de déconfiture.

L'assurance cesse de plein droit :

- à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 75 ans ;
- au décès du preneur d'assurance.

24.3. Modalités de résiliation

La résiliation se fait soit par lettre recommandée, soit par lettre remise au destinataire contre récépissé, soit par exploit d'huissier de justice.

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

La résiliation après sinistre prend effet trois mois à compter de sa notification, sauf si l'assuré ou un bénéficiaire a manqué à l'une des obligations nées du sinistre dans l'intention de tromper la Compagnie. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après sa notification, conformément à l'article 31 §1 de la Loi du 25 juin 1992 sur les assurances terrestres.



La Compagnie rembourse la portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES AU TERRORISME

Adhésion à TRIP

La compagnie couvre, dans certains cas, les dommages causés par des actes de terrorisme.

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

La Compagnie est membre à cette fin de l'ASBL TRIP, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 29. Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire. Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité au paragraphe « Adhésion à

TRIP » ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer. L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre, envers la Compagnie, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La Compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité. Si un autre pourcentage est fixé par arrêté royal, la compagnie paiera, par dérogation à ce qui précède, le montant assuré conformément à ce pourcentage. Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la Compagnie a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire. Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme. Lorsque le Comité constate que le montant cité au paragraphe « Adhésion à TRIP » ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations. Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de la Compagnie, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

En ce qui concerne les risques comportant une garantie légalement obligatoire pour les dommages causés par le terrorisme, les sinistres causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique sont toujours exclus. Dans tous les autres cas, toutes les formes de risque nucléaire causées par le terrorisme sont toujours exclues.

CHAPITRE VI : DISPOSITIONS RELATIVES A LA VIE PRIVEE

Responsable du traitement des données

L'Ardenne Prévoyante, marque de AXA Belgium, S.A. d'assurances dont le siège est établi à la place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367 (ci-après dénommée « La Compagnie »).

Délégué à la protection des données

Le délégué à la protection des données de La Compagnie peut être contacté aux adresses suivantes :



Par courrier postal :

L'Ardenne Prévoyante - Data Protection Officer
Avenue des Démineurs 5
4970 Stavelot

Par courrier électronique :

privacy@ardenne-prevoyante.be

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par La Compagnie 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 La Compagnie 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 La Compagnie.
 - 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'une obligation légale.
- Le service à la clientèle :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre des services digitaux fournis aux clients complémentaires 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 La Compagnie et l'intermédiaire d'assurances :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre La Compagnie et l'intermédiaire d'assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de La Compagnie consistant en l'exécution des conventions entre La Compagnie 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 de La Compagnie 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 La Compagnie est soumise.
- 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 de La Compagnie 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 La Compagnie ou par un tiers en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que la sécurité routière, la prévention des accidents domestiques, la prévention des incendies, l'amélioration des processus de gestion de La Compagnie, l'acceptation des risques et la tarification.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de La Compagnie 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 et dans le respect de ce seul cadre légal (cf. GDPR du 14 avril 2016., 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 La Compagnie peut être amenée à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

▪ 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, La Compagnie se conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elle assure, 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 La Compagnie pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande à La Compagnie à l'adresse indiquée ci-dessous (paragraphe « Contacter La Compagnie »).

Conservation des données

La Compagnie conserve 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.

La Compagnie conserve les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles La Compagnie n'a 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 La Compagnie demande 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

La Compagnie a 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. Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion.

A cette fin, La Compagnie suit les standards de sécurité et de continuité de service et évalue régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de ses partenaires.

Les droits de la personne concernée

La personne concernée a le droit :

- D'obtenir de La Compagnie 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 inexacts 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 de La Compagnie. Le responsable du traitement ne traite plus les données à caractère personnel, à moins qu'il ne démontre 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 de La Compagnie, d'exprimer son point de vue et de contester la décision de L à l'adresse de correspondance ;
- De recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies à La Compagnie, 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 La Compagnie

La personne concernée peut obtenir de plus amples informations sur la protection des données à caractère personnel sur le site www.ardenneprevoyante.be.

La personne concernée peut aussi contacter La Compagnie - pour exercer ses droits - par e-mail via l'adresse privacy@ardenne-prevoyante.be ou par courrier postal daté et signé, accompagné d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressé à : L'Ardenne Prévoyante - Data Protection Officer, avenue des Démineurs 5 à 4970 Stavelot.

La Compagnie 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 ces demandes.

COMPETENCE EN CAS DE LITIGE

Introduire une plainte

Si la personne concernée estime que La Compagnie ne respecte pas la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel, elle est invitée à contacter en priorité L'Ardenne Prévoyante par e-mail à l'adresse protection@ardenne-prevoyante.be ou par courrier postal, à l'adresse de correspondance, avenue des Démineurs 5 à 4970 Stavelot.

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 à 1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00 ou 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.

GESTION DES PLAINTES

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée en 1ère ligne au Service de Gestion des Plaintes de La Compagnie, soit par courrier postal envoyé à l'avenue des Démineurs 5 à 4970 Stavelot, soit par e-mail à l'adresse protection@ardenne-prevoyante.be.

En cas d'absence de réponse adéquate ou en cas de désaccord avec La Compagnie, le plaignant peut alors s'adresser, en seconde ligne, au Service Ombudsman des Assurances, Square

de Meeûs 35 à 1000 BRUXELLES. L'Ombudsman est compétent pour tout litige relatif à l'exécution du contrat d'assurance et au respect des codes de conduite sectoriels à l'égard des consommateurs. L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

LEXIQUE

La compagnie d'assurances

L'entreprise d'assurances avec laquelle le contrat est conclu.

L'Ardenne Prévoyante est une marque de AXA Belgium S.A. d'assurances dont le siège est établi à la place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367 – RPM Bruxelles, qui supporte les risques assurés ; tout courrier destiné à L'Ardenne Prévoyante doit être envoyé à son adresse de correspondance, à savoir l'avenue des Démineurs 5 à 4970 Stavelot.

Preneur d'assurance

La personne qui souscrit l'assurance.

L'assuré

La personne nommément désignée en cette qualité aux conditions particulières.

Accident

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

Sont assimilés à un accident, les hernies, les ruptures ou déchirures musculaires, les foulures et luxations qui sont la conséquence directe d'un effort physique intense et qui se manifestent d'une manière immédiate et soudaine.

Vie professionnelle

Le temps consacré par l'assuré aux activités professionnelles indiquées aux conditions particulières, y inclus le chemin du travail au sens donné par la loi sur les accidents du travail.

Vie privée

Le temps écoulé hors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées.

Acte notoirement téméraire

Un acte volontaire ou une négligence exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

Rémunération

La rémunération annuelle conventionnelle de l'assuré fixée dans les conditions particulières.

Délai de carence

Le délai indiqué aux conditions particulières qui s'écoule avant que le droit à l'indemnisation ne commence. La Compagnie garantit la réparation des accidents survenant aux assurés



désignés aux conditions particulières qui, de par leur situation au sein de l'entreprise, ne sont pas assujettis à la législation sur les accidents du travail.

Cette assurance indemnise les victimes pour les cas de décès, d'incapacité permanente, d'incapacité temporaire et pour les frais médicaux, que l'accident survienne dans le cadre de la vie professionnelle, pour les activités décrites aux conditions particulières, ou de la vie privée.

La garantie est acquise à condition que le ou les bénéficiaires de l'indemnité renoncent à toute action en responsabilité civile contre vous.

La réparation est basée sur la rémunération conventionnelle reprise aux conditions particulières.

La garantie est de plus acquise pour les accidents survenus dans le monde entier.

L'Ardenne Prévoyante est une marque de AXA Belgium 

S.A. d'assurance agréée sous le n° 0039 pour pratiquer les branches Vie et non-Vie (A.R. 04-07-1979, M.B. 14-07-1979)

Siège : place du Trône 1 – B-1000 Bruxelles • BCE : 0404.483.367 – RPM Bruxelles

Adresse de correspondance : avenue des Demineurs 5 – B-4970 Stavelot

Tel. : 080 85 35 35 • Fax : 080 86 29 39 • e-mail : ap@ardenne-prevoyante.com • internet : www.ardenneprevoyante.be

