



Conditions Générales Family Care

Family Care est une assurance vie avec couverture décès complétée par une assurance assistance qui peut vous épargner bien des soucis lors de la perte d'un être cher repris dans le contrat Family Care. Elle est conclue moyennant le paiement soit des primes périodiques, soit d'une prime unique.

L'assurance protège les bénéficiaires contre les conséquences financières, émotionnelles, juridiques, logistiques et administratives du décès de l'assuré, quelle que soit la date de son décès, et selon les conditions définies dans le contrat Family Care.

Le contrat Family Care se compose : (i) des conditions particulières qui comprennent les données spécifiques de votre contrat, et (ii) des conditions générales qui décrivent le fonctionnement du contrat. Les conditions générales se composent de deux parties :

- la PARTIE 1 est consacrée à l'assurance vie avec couverture décès qui est assurée par Patronale Life, et
- la PARTIE 2 traite de l'assurance assistance prestée par AXA Assistance.

Chacun des compagnies d'assurances précitées est uniquement responsable des prestations et services décrits dans la partie des conditions générales qui la concerne. Aucun d'eux ne peut voir sa responsabilité incriminée pour les prestations de l'autre.

Un glossaire explicatif se trouve au début des conditions générales. Il vous donne des précisions sur les termes techniques et juridiques, et définit la portée de certains mots.

Désignation d'un Care Manager

Patronale Life et AXA Assistance doivent être prévenues dès que possible du décès de l'assuré ou de son état palliatif. Vous trouverez dans les conditions générales le délai dans lequel le ou les compagnies d'assurances doivent être informés.

Les deux compagnies d'assurances ont mandaté Cares Assistance à cet effet. Si le décès est notifié dans les 30 jours civils, Cares Assistance désignera un Care Manager en vue de fournir une assistance personnalisée aux proches bénéficiaires séjournant en Belgique, conformément à la seconde partie des conditions générales.

Contact
CARES ASSISTANCE
Rozebeeksestraat, 44
8860 LENDELEDE
BELGIQUE

Mail : info@cares-assistance.eu
Téléphone : +32 (0) 2 486 85 10

Glossaire explicatif

1. Rachat

La résiliation du Contrat par le Preneur d'assurance, ce qui met fin à la garantie.

2. Bénéficiaire

Le Bénéficiaire en cas de Vie et/ou le Bénéficiaire en cas de Décès.

3. Bénéficiaire en cas de Vie

Le Preneur d'assurance, sauf convention contraire dans les Conditions particulières, au profit de qui est stipulée la prestation d'assurance en cas de vie, prévue dans le Contrat.

4. Bénéficiaire en cas de Décès

Les personnes physiques ou la ou les personnes morales, y compris les entrepreneurs de pompes funèbres, désignés dans les Conditions particulières et au profit de qui est stipulée la prestation d'assurance en cas de décès, prévue dans le Contrat.

5. Surprime

La prime complémentaire qui, pour autant qu'elle figure dans les Conditions particulières, est imputée dans le cas où la santé de l'Assuré, son activité professionnelle et/ou ses loisirs présentent un risque accru en cas d'acceptation.

6. Conditions particulières

Les conditions particulières qui s'appliquent au Contrat et qui mentionnent, entre autres, les points suivants : la Prime, les frais d'entrée, la taxe d'assurance, le Capital assuré, la Durée, les données personnelles, la date de prise de cours du Contrat, la date de début de la couverture, l'attribution bénéficiaire, l'Enfant de l'Assuré et, si des primes périodiques sont payées, le Moment de la conversion.

7. Moment de la conversion

Le moment de la conversion tel que fixé dans les Conditions particulières. Family Care Deposito et Family Care Prime Unique ne comportent pas de moment de conversion.

8. Family Care Deposito

L'assurance vie Family Care sans CDSR dans laquelle : (a) le Preneur d'assurance paie la Prime sous la forme d'un versement unique ; (b) la réserve constituée est capitalisée au taux d'intérêt communiqué dans les Conditions particulières, et (c) la Valeur de rachat théorique au décès constitue le Capital assuré au décès.

9. Family Care Prime Unique

L'assurance vie Family Care avec Couverture décès à Vie sans CDSR dans laquelle le Preneur d'assurance paie la Prime sous la forme d'un versement unique.

10. Family Care Périodique

L'assurance vie Family Care avec CDSR dans laquelle (a) la Couverture décès temporaire est convertie au Moment de la conversion en une Couverture décès à Vie, et (b) le Preneur d'assurance paie la Prime sous la forme de versements périodiques.

11. Souscripteur mandaté

Le souscripteur mandaté de Family Care, soit Cares Assistance SRL – Rozebeeksestraat, 44 – 8860 LENDELEDE – tél. : 02/486.85.10 – info@cares-assistance.eu – www.cares-assistance.eu – RPM : 0883.745.125 – Souscripteur mandaté belge agréé sous le code 0883.745.125 sous le contrôle de la FSMA – ci-après aussi dénommé « **Cares Assistance** ».

12. Enfant de l'Assuré

Un enfant non émancipé de l'Assuré, âgé de moins de 18 ans et repris expressément dans les Conditions particulières. Un Enfant Mort-Né après la date de prise de cours du Contrat relève aussi de la couverture enfants. On entend par « enfant » l'enfant avec qui l'Assuré a un lien de parenté, comme décrit dans le Code civil, ou l'enfant pour lequel l'Assuré exerce l'autorité parentale au sens du Code civil. On entend aussi par « enfant » un « **Enfant Mort-Né** », c'est-à-dire le fœtus venu au monde après une gestation normale d'une durée d'au moins 24 semaines, mais n'ayant pas présenté le moindre signe de vie depuis lors.

13. Couverture décès à Vie

La partie du Contrat qui assure le Capital de base à partir du Moment de la conversion ou, en ce qui concerne Family Care Prime Unique, à partir de l'entrée en vigueur du Contrat.

14. Durée

La période pendant laquelle le Contrat est en vigueur. Le Contrat est conclu à vie et prend fin au décès de l'Assuré ou à son Rachat.

15. Formalités médicales

Le questionnaire médical que l'Assuré doit remettre, ou l'examen médical que l'Assuré doit passer lors de la conclusion du Contrat.

16. Prime nette

Le montant que l'Assureur reçoit et place après retenue des commissions, frais et impôts afin de pouvoir garantir le risque assuré, sachant que, dans le cas du versement de Primes périodiques (donc pas dans le cas de Family Care Deposito ou de Family Care Prime Unique) :

- a. la Prime Couverture décès temporaire est utilisée pour assurer le Capital de base et le Capital supplémentaire jusqu'au Moment de la conversion, sauf s'il en est expressément disposé autrement dans les Conditions particulières, et que
- b. la Prime CDSR est utilisée pour constituer la Réserve d'épargne qui, conformément à l'article 1^{er} de la première partie des conditions générales, est automatiquement utilisée comme prime unique pour la Couverture décès à Vie lors du Moment de la conversion, ou remboursée dans le cas où l'Assuré est en vie.

17. Contrat

Le contrat Family Care qui se compose du formulaire de proposition (signé), des Formalités médicales, des présentes conditions générales, des Conditions particulières et de leurs éventuels avenants. Ces documents doivent se lire comme un tout.

18. Couverture décès

La Couverture décès temporaire et/ou la Couverture décès à Vie.

19. Prime

La rémunération unique ou périodique à payer en échange des garanties que l'Assureur propose au titre du Contrat.

La Prime unique et la Prime annuelle peuvent être acquittées sur la base d'un avis d'échéance.

Les Primes périodiques, autres qu'annuelles, doivent être obligatoirement acquittées par mandat SEPA.

Family Care Deposito et Family Care Prime Unique fonctionnent exclusivement avec une Prime unique.

20. Réserve d'épargne

A le sens qui en est donné à l'article 1.1 de la première partie des conditions générales.

21. Valeur de rachat théorique

La réserve constituée auprès de l'Assureur, (a) formée par capitalisation de la Prime payée, déduction faite des frais et impôts et des montants déjà affectés à la couverture du risque, et (b) qui peut être diminuée des éventuels frais et impôts afférents à la prestation fournie au Preneur d'assurance et/ou au Bénéficiaire.

22. Couverture décès temporaire

La partie du Contrat qui assure le Capital de base et le Capital supplémentaire jusqu'au Moment de la conversion, sauf disposition contraire expresse dans les Conditions particulières.

23. CDSR

L'assurance du type à capital différé sans remboursement (Branche 21) qui forme une composante indissociable de l'assurance vie avec couverture décès et paiement de Primes périodiques, et dont l'avantage consiste en un capital fixe, soit le capital au Moment de la conversion.

Family Care Deposito et Family Care Prime Unique n'ont pas de CDSR.

24. Risque exclu

A le sens qui en est donné à l'article 6 de la première partie des conditions générales.

25. Assureur

- a. Pour la première partie des conditions générales : Patronale Life SA – Bld Bischoffsheim, 33 – 1000 BRUXELLES – en ce qui concerne la Branche 21 Assurance vie et d'épargne – tél. : 02/511.60.06 – info@patronale-life.be – www.patronale-life.be – RPM : 0415.120.705 – Compagnie d'assurance vie belge agréée sous le code 9081, sous le contrôle de la BNB.
- b. Pour la seconde partie des conditions générales : Inter Partner Assistance S.A. – Av. Louise 166, boîte 1 – 1050 Bruxelles – en ce qui concerne l'assistance palliative et décès – RPM : 0415.591.055 – Assureur, agréé sous le numéro 0487 par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances, sous le contrôle de la BNB. Ci-après aussi dénommé « AXA Assistance ».

26. Assuré

La personne physique majeure (âge minimum : 18 ans) sur la tête de qui le Contrat est conclu et qui a sa résidence principale en Belgique. Le terme « Assuré » ne peut désigner qu'une seule personne physique.

27. Période assurée I

La partie de la Durée d'un Contrat assorti du paiement de Primes périodiques, qui court à partir du paiement de la première Prime périodique et au plus tôt à partir du premier jour du mois civil précédant la date d'entrée en vigueur telle que stipulée dans l'article 4.1 de la première partie des conditions générales) jusqu'au Moment de la conversion.

28. Période assurée II

La partie de la Durée d'un Contrat assorti du paiement de Primes périodiques, qui court à partir du Moment de la conversion.

29. Capital assuré

Le capital assuré dont le montant est fixé dans les Conditions particulières et que l'Assureur verse en une seule fois à la suite du décès de l'Assuré (garantie principale) ou de l'Enfant de l'Assuré (couverture enfants limitée) pour autant que ce risque n'ait pas la qualification de Risque exclu.

Dans le cas de Family Care Deposito, le Capital assuré à la date du décès est égal à la Valeur de rachat théorique à la date du décès.

a. Capital de base

Le capital assuré qui fait l'objet de la Couverture décès à Vie telle que fixée dans les Conditions particulières.

b. Capital supplémentaire (ou Couverture décès complémentaire)

Le capital assuré qui fait l'objet de la Couverture décès temporaire telle que fixée dans les Conditions particulières. Ce capital supplémentaire est assuré jusqu'au Moment de la conversion, sauf disposition contraire expresse dans les Conditions particulières.

S'il n'est pas souscrit de Capital supplémentaire, le Capital assuré est égal au Capital de base.

Dans le cas de Family Care Deposito et de Family Care Prime Unique, il n'est pas possible de souscrire de Couverture décès complémentaire.

30. Évènement-décès assuré

Le décès de (l'Enfant de) l'Assuré pendant la Période assurée I (en ce qui concerne la Couverture décès temporaire) ou pendant la Période assurée II (en ce qui concerne la Couverture décès à Vie) ou pendant la période assurée unique (en ce qui concerne Family Care Prime Unique et Family Care Deposito), pour autant que ce décès n'ait pas la qualification de Risque exclu.

31. Preneur d'assurance

La personne physique majeure qui habite en Belgique, ou une personne morale enregistrée en Belgique (avec représentant légal) qui conclut le Contrat avec l'Assureur et paie la Prime.

32. Délai de carence

a. En cas de Couverture décès

Le délai de carence que l'Assureur peut stipuler dans les Conditions particulières et pendant lequel le Contrat est en vigueur sans que le décès de (l'Enfant de) l'Assuré (autrement qu'à la suite d'un accident conformément à l'article 4.4 de la première partie des conditions générales) soit couvert pendant cette période. Le Délai de carence est unique et débute à la date de prise de cours du Contrat telle que fixée dans les Conditions particulières. Seuls les mois écoulés pour lesquels des Primes ont été payées, sont pris en compte pour calculer le Délai de carence. Si des Primes n'ont pas été payées, le Délai de carence est prolongé du nombre de mois pour lesquels des Primes n'ont pas été payées. Ce Délai de carence peut être ramené à zéro mois sur la base de la situation médicale et de l'âge de l'Assuré.

b. En cas d'assistance palliative et décès

AXA Assistance octroie un délai de carence de trois mois à compter de la conclusion du Contrat et du paiement de la première Prime.

Partie 1 : Assurance vie avec couverture décès

Article 1. Objet et fonctionnement

1.1 Family Care est un contrat d'assurance vie (Branche 21) par lequel, dans le cas de :

(a) Family Care Périodique

- (i) L'Assureur verse le Capital assuré en cas de survenance d'un Évènement-décès assuré dans le chef de l'Assuré (garantie principale) et/ou de l'Enfant de l'Assuré (couverture enfants limitée), et
- (ii) pendant la Période assurée I :
 - (1) l'Assureur garantit la Couverture décès temporaire conformément à l'article 2.1.1, point (a), et à l'article 2.1.2, et
 - (2) le Preneur d'assurance constitue une réserve d'épargne (« Réserve d'épargne ») sous la forme d'un CDSR (« Réserve d'épargne CDSR ») qui ne peut être versée que si l'Assuré est en vie au Moment de la conversion et qui est donc définitivement acquise à l'Assureur si l'Assuré décède pendant la Période assurée I.
- (iii) au Moment de la conversion, l'Assureur affecte automatiquement la Réserve d'épargne CDSR (et sans nouvelle acceptation médicale) comme prime unique de la Couverture décès à Vie étant entendu que le Preneur d'assurance a le droit de révoquer cette affectation automatique et de demander le versement de la Réserve d'épargne CDSR au Bénéficiaire en cas de Vie par lettre recommandée signée et datée au plus tard 30 jours civils après le Moment de la conversion, et
- (iv) pendant la Période assurée II, l'Assureur garantit la Couverture décès à Vie conformément à l'article 2.1.1, point (b), et à l'article 2.2.

(b) Family Care Deposito

- (i) l'Assureur verse le Capital assuré en cas de survenance d'un Évènement-décès assuré dans le chef (uniquement) de l'Assuré (garantie unique) ;
- (ii) le Preneur d'assurance constitue une Réserve d'épargne pendant la période assurée unique, et
- (iii) le montant du Capital assuré à la date de l'Évènement-décès assuré est égal à la Valeur de rachat théorique à la date de l'Évènement-décès assuré.

(c) Family Care Prime Unique

- (i) l'Assureur verse le Capital assuré en cas de survenance d'un Évènement-décès assuré dans le chef de l'Assuré (garantie principale) ; et
- (ii) pendant la période assurée unique, l'Assureur garantit la Couverture décès conformément à l'article 2.1.1, point (a), et à l'article 2.1.2.

1.2 Family Care garantit par ailleurs, au décès de l'Assuré et/ou de l'Enfant de l'Assuré, l'assistance conformément à la seconde partie des conditions générales.

1.3 Le Contrat est conclu sur la tête d'un seul Assuré. Un maximum de six (6) Enfants de l'Assuré peuvent bénéficier de la couverture enfants limitée.

1.4 L'Assureur a désigné le Souscripteur mandaté pour souscrire et gérer le Contrat en son nom et pour son compte.

Article 2. Capital assuré en cas de décès

2.1 Capital Assuré au décès de l'Assuré

- 2.1.1 En cas de survenance d'un Évènement-décès assuré dans le chef de l'Assuré, le Contrat prend fin et, après acceptation du dossier de décès, le Capital assuré est versé au Bénéficiaire en cas de Décès. Si ce décès a lieu :
- (a) pendant la Période assurée I, le Capital de base est versé avec le Capital supplémentaire (« **Couverture décès temporaire** ») ;
 - (b) pendant la Période assurée II, seul le Capital de base est versé (« **Couverture décès à Vie** ») ;
 - (c) pendant la période d'assurance unique de Family Care Prime Unique, [le Capital de base] est versé ; et
 - (d) pendant la période d'assurance unique de Family Care Deposito, la Valeur de rachat théorique est versée.

- 2.1.2 L'Assureur verse les sommes dues après imputation des éventuel(le)s retenues obligatoires légales, frais, indemnités et autres sommes encore dues à l'Assureur ou à des tiers dans les 30 jours civils suivant la réception : (a) de toutes les informations visées à l'article 9, et (b) s'il en est fait la demande par écrit : d'une quittance de règlement dûment complétée et signée.

L'Assureur : (a) ne bonifie pas d'intérêts pour le retard d'une prestation quelconque consécutif à une circonstance indépendante de sa volonté, et (b) sa responsabilité ne peut être mise en cause pour un retard de paiement dû à des circonstances indépendantes de sa volonté (notamment lorsque les prestations ne sont pas réclamées ou que les documents demandés ne sont pas transmis).

2.2 Capital assuré en cas de décès de l'Enfant de l'Assuré

- 2.2.1 En cas de décès d'un Enfant de l'Assuré, après acceptation du dossier de décès, il est versé au Bénéficiaire en cas de Décès, conformément à l'article 2.1.2, pour autant que ce décès n'ait pas la qualification de Risque exclu :
- (a) soit le Capital de base assuré sur la tête de l'Assuré (et le Capital de base le plus bas si l'Enfant de l'Assuré figure dans plus de 1 contrat Family Care auprès de l'Assureur)
 - (b) soit la somme des factures des funérailles, le montant qui s'applique, étant le plus bas des deux.
- 2.2.2 La Couverture enfants limitée visée à l'article 2.2.1 ne s'applique pas dans le cas de Family Care Deposito et de Family Care Prime Unique.

Article 3. Bases du Contrat

- 3.1 Le Preneur d'assurance et l'Assuré ont l'obligation d'informer l'Assureur de toutes les données qui peuvent avoir, pour l'Assureur, une influence sur l'appréciation des risques. Les renseignements, documents et informations médicales (y compris les Formalités médicales) que l'Assureur reçoit à l'occasion de la conclusion ou de la modification du Contrat, en font intégralement partie.
- 3.2 Si la date indiquée comme étant celle de la naissance de l'Assuré ne correspond pas à sa date de naissance effective, l'Assureur peut adapter la Prime et/ou la prestation assurée (éventuellement avec effet rétroactif) en fonction de (la structure tarifaire de) l'âge réel qu'il aurait fallu prendre en considération. Lorsque d'autres données ont été involontairement omises envers l'Assureur ou que des données inexactes lui ont été involontairement communiquées, l'Assureur a, dans un délai d'un mois, à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de la communication inexacte de données, le droit de proposer une modification du Contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de la communication inexacte ou de l'omission. L'Assureur peut résilier le Contrat dans un délai d'un mois s'il apporte la preuve qu'il n'aurait jamais assuré le risque, ou si la proposition de modification du Contrat est refusée par le Preneur d'assurance.
- 3.3 Le Contrat peut être contesté jusqu'à 1 an après la date de sa souscription.
- 3.4 Si l'Assureur est induit en erreur du fait que le Preneur d'assurance ou l'Assuré omet volontairement des données ou communique volontairement des données inexactes, l'Assureur peut invoquer la nullité du Contrat. Dans ce cas, les Primes versées jusqu'à la date à laquelle il prend connaissance de cette tromperie, sont acquises dans le chef de l'Assureur.

Article 4. Date de prise de cours, entrée en vigueur, période de couverture et Délai de carence

- 4.1 Le Contrat commence à la date mentionnée dans les Conditions particulières (date de prise de cours), à condition que la Prime unique ou la première Prime périodique ait été payée en temps voulu. **Le Contrat ne peut pas entrer en vigueur**

avant la date de paiement de la Prime unique ou de la première Prime périodique. Si la Prime unique ou la première Prime périodique est payée après la date de prise de cours, le Contrat entre en vigueur tout de suite après le paiement de cette Prime, sauf si, à la suite du paiement tardif, l'Assureur décide de considérer le Contrat comme inexistant, auquel cas l'Assureur rembourse la Prime payée en retard. Si la prime unique ou la première prime périodique est payée au cours du mois calendrier précédant la date d'effet, la couverture temporaire du décès prend déjà effet à la date du paiement.

4.2 Le Contrat est conclu pour une durée à vie, étant entendu que, dans le cas de :

(a) Family Care Périodique

- (i) la Couverture décès temporaire et le CDSR prennent fin : (i) soit à la date de survenance de l'Évènement-décès assuré dans le chef de l'Assuré pendant la Période assurée I, (ii) soit au Moment de la conversion, et que
- (ii) la Couverture décès à Vie prend fin à la date de survenance de l'Évènement-décès assuré dans le chef de l'Assuré pendant la Période assurée II (ou par cessation).

(b) Family Care Prime Unique et Family care Deposito

Le Contrat prend fin à la date de survenance de l'Évènement-décès assuré dans le chef de l'Assuré (ou par cessation).

4.3 Le Contrat prend fin au décès de l'Assuré (désigné). Il continue d'exister au décès de l'Enfant de l'Assuré.

4.4 Sauf disposition contraire dans les Conditions particulières, l'Assureur peut accepter le risque assuré assorti d'un Délai de carence. Le cas échéant :

- (a) pendant le Délai de carence, (l'Enfant de) l'Assuré est assuré seulement si le décès résulte directement d'un accident, c'est-à-dire d'un événement soudain dont la cause est extérieure à la personne de (l'Enfant de) l'Assuré et lors duquel (l'Enfant de) l'Assuré encourt des dommages corporels ayant pour conséquence directe la mort, soit immédiatement, soit dans les 12 mois suivant le jour de l'accident ;
- (b) en cas de Délai de carence de 24 mois : (a) la ou les Primes nettes sont versées pendant les 12 premiers mois du Contrat, (b) 50 % du Capital de base est versé entre les 13e et 24e mois du Contrat, et (c) la totalité du Capital assuré est versée à partir du 25e mois du Contrat ;
- (c) le Délai de carence s'applique tant au Capital de base qu'au Capital supplémentaire ;
- (d) dans le cas de Family Care Prime Unique, le Délai de carence peut être limité à 6 mois.

Article 5. Étendue géographique

Family Care Périodique, Family Care Deposito et Family Care Prime Unique sont valables dans le monde entier. Concernant les restrictions territoriales relatives à l'assistance, on se reportera à la seconde partie des conditions générales.

Article 6. Risques exclus

6.1 L'Assureur n'accorde pas de couverture pour le décès de (l'Enfant de) l'Assuré si celui-ci survient (in)directement à la suite (chacun étant un « Risque exclu ») :

- (a) du suicide de (l'Enfant de) l'Assuré pendant la première année du Contrat, la remise en vigueur et l'augmentation de la garantie ;
- (b) d'un fait intentionnel de (l'Enfant de) l'Assuré ou du Bénéficiaire en cas de Décès, ou commis à leur instigation, ainsi que d'une faute intentionnelle d'une gravité exceptionnelle par laquelle celui/celle qui l'a commise, s'expose, sans raison valable, à un danger dont il/elle aurait dû être conscient(e) ;
- (c) d'un crime ou délit commis intentionnellement, comme auteur ou coauteur, par (l'Enfant de) l'Assuré ou le Bénéficiaire en cas de Décès ;
- (d) d'un acte de guerre, de terrorisme ou d'un quelconque fait similaire lorsque (l'Enfant de) l'Assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, ainsi que d'un acte de guerre, de terrorisme ou d'un quelconque fait similaire lorsque (l'Enfant de) l'Assuré prend part activement aux hostilités.

- 6.2 Si le décès de l'Assuré est la conséquence d'un Risque exclu, l'Assureur paie la Valeur de rachat théorique, calculée à la date du décès.

Article 7. Prime et indexation

7.1 Prime

Le montant, la nature, la périodicité, la durée et le mode de paiement de la Prime sont fixés dans les Conditions particulières. La première Prime ou la Prime unique doit être payée au plus tard dans les 5 jours civils suivant la 1^{re} échéance. Les primes sont payables anticipativement, taxes comprises, pour la durée telle que prévue dans les Conditions particulières. Hormis celui de la première Prime, le paiement de la Prime périodique (autre qu'annuelle) s'effectue par domiciliation. S'agissant des Primes annuelles et de la Prime unique, le Preneur d'assurance est libre de procéder à leur paiement par domiciliation ou virement. En cas de paiements par virement, le Preneur d'assurance utilise la communication structurée telle que mentionnée dans les Conditions particulières. L'Assureur se réserve le droit de refuser toute autre forme de paiement. Le paiement de la Prime à un intermédiaire d'assurance ne lie jamais l'Assureur à une quelconque obligation. Le paiement de la Prime est soumis à des contrôles imposés par la loi en ce qui concerne la lutte contre le blanchiment de capitaux.

7.2 Non-paiement de la ou des Primes

Si la première Prime ou la Prime unique n'est pas payée en temps voulu, le Contrat n'entre pas en vigueur. Si la Prime n'est pas intégralement acquittée à l'échéance, l'Assureur adresse une sommation écrite au Preneur d'assurance. Cette sommation mentionne l'échéance de la Prime et les conséquences de son non-paiement. Si la Prime (ou une partie d'entre elle) n'est pas payée dans les 30 jours civils suivant l'envoi de cette sommation, l'Assureur a le droit de procéder à la résiliation du Contrat par lettre recommandée (« Lettre de résiliation »). En cas de non-paiement de la ou des Primes périodiques pendant la Période assurée I :

- (a) la Couverture décès temporaire cesse immédiatement à la date de la Lettre de résiliation ;
- (b) la constitution de la Réserve d'épargne cesse à la date de la Lettre de résiliation ;
- (c) la Réserve d'épargne constituée dont la capitalisation se poursuit au taux d'intérêt garanti, devient payable au Moment de la conversion, et
- (d) aucune Couverture décès à Vie n'est possible.

7.3 Indexation

À la conclusion du Contrat, le Preneur d'assurance a la faculté de faire indexer le Capital assuré tous les ans selon un pourcentage fixe afin que le Capital assuré soit augmenté annuellement. Le pourcentage choisi (et le Capital assuré) sont repris dans les Conditions particulières. Il en résulte irrévocablement une majoration annuelle de la Prime. L'indexation choisie ne peut pas être adaptée pendant la Durée. Cette option n'est pas possible dans le cas de Family Care Deposito..

Article 8. Bénéficiaire

8.1 Bénéficiaire en cas de Décès

Le Preneur d'assurance peut désigner un ou plusieurs Bénéficiaires en cas de Décès. Tant que la prestation assurée n'est pas devenue exigible, le Preneur d'assurance peut modifier à tout moment le ou les Bénéficiaires en cas de Décès en en informant l'Assureur par écrit. En cas de décès de l'Assuré, le Capital assuré sera versé au(x) Bénéficiaire(s) en cas de Décès repris dans les Conditions particulières. Dans le cas où le Bénéficiaire en cas de Décès est un entrepreneur de pompes funèbres, l'Assureur paiera les frais des funérailles, limités au Capital assuré, directement à l'entrepreneur de pompes funèbres moyennant la présentation des factures nécessaires relatives à l'enterrement de (l'Enfant de) l'Assuré. Si la somme de ces factures :

- (a) est inférieure au Capital assuré, le solde sera versé aux Bénéficiaires subsidiaires en cas de Décès repris dans les Conditions particulières suivant l'ordre prédéterminé et en parts égales ;
- (b) est supérieure au Capital assuré, l'Assureur règle les factures dans l'ordre dans lequel elles lui sont parvenues, et jusqu'à épuisement du Capital assuré. Dans le cas du décès de l'Enfant de l'Assuré, le paiement au Bénéficiaire en cas de Décès est limité au Capital de base conformément à l'article 2.2.

Lorsqu'il ne peut être donné suite à la désignation du Bénéficiaire en cas de Décès ou que l'attribution bénéficiaire est révoquée, le Preneur d'assurance ou sa succession est désigné(e) comme bénéficiaire de la totalité du Capital assuré.

8.2. Bénéficiaire en cas de Vie

Le Preneur d'assurance peut désigner un ou plusieurs Bénéficiaires en cas de Vie. Tant que la prestation assurée n'est pas exigible, le Preneur d'assurance peut modifier à tout moment le ou les Bénéficiaires en cas de Vie en informant l'Assureur par écrit. En cas de vie de l'Assuré au Moment de la conversion, la Réserve d'épargne sera (a) versée au(x) Bénéficiaire(s) en cas de Vie, ou (b) utilisée comme prime unique de la Couverture décès à Vie conformément à l'article 1.

Lorsqu'il ne peut être donné suite à la désignation du Bénéficiaire en cas de Décès ou que l'attribution bénéficiaire est révoquée, le Preneur d'assurance ou sa succession est désigné(e) comme bénéficiaire.

Article 9. Déclaration du décès

- 9.1 Le décès de (l'Enfant de) l'Assuré doit être déclaré au plus tard dans les 30 jours civils suivant sa survenance, au moyen du formulaire destiné à cet effet et être notifié par écrit à l'Assureur. En cas de déclaration tardive, l'Assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est démontré à suffisance que la déclaration du décès a été remise aussi vite qu'il était raisonnablement possible de le faire. Dans le cadre de la déclaration du décès :
- (a) le Preneur d'assurance fournit dès que possible à l'Assureur les informations suivantes : (i) un extrait de l'acte de décès de l'Assuré ; (ii) un certificat médical dûment complété¹ conforme au modèle de l'Assureur, avec mention de la cause du décès et de l'état de santé de l'Assuré à la date de la conclusion du Contrat ; (iii) un document de liquidation complété et signé ; (iv) une copie *recto/verso* de la carte d'identité de chaque Bénéficiaire en cas de Décès ou une autre pièce probante si le Bénéficiaire en cas de Décès est un entrepreneur de pompes funèbres ; (v) une copie *recto/verso* de la carte bancaire de chaque Bénéficiaire en cas de Décès ayant droit aux prestations. Lorsque le Bénéficiaire en cas de Décès n'a pas été désigné à titre individuel, n'est pas identifiable ou est décédé, il y a lieu de remettre à l'Assureur un acte ou un certificat d'hérédité. L'Assureur se réserve toujours le droit de demander des renseignements complémentaires. Si l'une de ces données n'est pas fournie, l'Assureur peut refuser son intervention en tout ou en partie ;
 - (b) l'Assureur informe le Bénéficiaire par écrit, sur la base des renseignements fournis et des résultats d'éventuelles recherches, du fait que le décès a, oui ou non, la qualification d'Évènement-décès assuré. Cette notification est considérée comme acceptée si le Bénéficiaire en cas de Décès ne signale pas à l'Assureur par lettre recommandée dans les 30 jours civils suivant cette notification qu'il n'est pas d'accord ;
 - (c) le Capital assuré est, à condition que le décès ait la qualification d'Évènement-décès assuré, payé au Bénéficiaire en cas de Décès conformément aux modalités des conditions générales et des Conditions particulières.
- 9.2 Si, dans le cadre de la déclaration d'un décès, de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour apprécier les obligations de l'Assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'Assureur peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de toute somme indûment versée, majorée des intérêts légaux.
- 9.3 L'Assureur ne peut être obligé d'effectuer, en cas de décès, un paiement à un quelconque Bénéficiaire en cas de Décès ayant causé intentionnellement le décès de l'Assuré ou d'un Assuré, ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'Assureur peut agir comme si cette personne n'était pas un Bénéficiaire en cas de Décès.

Article 10. Données médicales

Le Preneur d'assurance se porte fort que l'Assuré donnera expressément son autorisation à tout médecin de transmettre au médecin-conseil de l'Assureur : (i) une déclaration dûment complétée quant à la cause du décès suivant le modèle établi par l'Assureur et (ii) les informations visées à l'article 9, lettre (a).

Article 11. Résiliation, Rachat, versement et réduction

11.1 Résiliation et révocation

Le Preneur d'assurance peut résilier le Contrat par lettre recommandée signée et datée, adressée à l'Assureur. Il doit le faire dans un délai de 30 jours civil à compter de la date de prise de cours du Contrat. En cas de résiliation, toutes les garanties prennent fin

¹ Le certificat médical doit mentionner l'origine, la durée et la nature de la maladie ou de l'accident ayant causé le décès.

et l'Assureur rembourse au Preneur d'assurance la Prime payée, diminuée des montants utilisés pour couvrir les risques.

Si le Contrat a été conclu au moyen d'une forme de vente à distance, le Preneur d'assurance et l'Assureur disposent d'un délai de 30 jours civil pour révoquer le Contrat. Le délai applicable à l'exercice de ce droit de révocation prend cours le jour où il est communiqué au Preneur d'assurance que le Contrat a été conclu, soit le jour où le Preneur d'assurance reçoit le Contrat, ou à partir du jour où le Preneur d'assurance a reçu les conditions contractuelles et les informations précontractuelles sur un support de données durable, si le second jour est postérieur au premier. Cette notification doit être envoyée au Souscripteur mandaté.

À partir du moment de la notification de la résiliation, le décès de (l'Enfant de) l'Assuré n'est plus couvert et tant la garantie principale et la couverture enfants limitée que l'assistance (telle que figurant dans la seconde partie des conditions générales) prennent fin.

11.2 Family Care Périodique et Family Care Prime Unique

Sauf pour la Couverture décès temporaire payée au moyen de Primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la Période assurée I, le Preneur d'assurance a droit au Rachat. Néanmoins, la valeur de Rachat n'est liquidée qu'à concurrence de la Valeur de rachat théorique (capital-décès). Le solde de la Valeur de rachat théorique est affecté à l'assurance, sur la base de l'inventaire, de prestations en cas de vie payables aux mêmes conditions que les prestations en cas de vie de l'opération initiale.

Un Rachat partiel n'est pas possible.

La demande de Rachat s'effectue au moyen d'une lettre recommandée signée et datée que le Preneur d'assurance adresse à l'Assureur. Elle prend effet à la date à laquelle le Preneur d'assurance signe pour accord la quittance de rachat mise à sa disposition par l'Assureur. À partir de ce moment, le décès de (l'Enfant de) l'Assuré n'est plus couvert et toutes les garanties au titre du Contrat (y compris la couverture enfants limitée et l'assistance) s'éteignent. Le paiement de la valeur de Rachat de la Couverture décès en cas de Vie a lieu dans les 30 jours civils suivant la signature de la quittance de Rachat.

Au Rachat, l'Assureur paie la Valeur de rachat théorique calculée à la date de réception de la demande de Rachat, diminuée de l'indemnité de Rachat et des éventuels impôts. Le montant de l'indemnité de Rachat est égal à 5 % de la Valeur de rachat théorique, avec un minimum de 108,36 EUR. Ce montant est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (indice de base 1988 = 100). L'indice pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre précédant la date du Rachat.

Une réduction n'est pas possible.

11.3 CDSR

Un Rachat n'est pas possible pour le CDSR.

La Réserve d'épargne CDSR, diminuée des éventuels frais et charges, pourra être versée au Preneur d'assurance au plus tôt au Moment de la conversion. Elle continuera d'être capitalisée au taux d'intérêt garanti jusqu'au Moment de la conversion. Si le Preneur d'assurance n'est pas en vie au Moment de la conversion, il n'y a pas de versement de la Réserve d'épargne.

11.4 Family Care Deposito

Seul un Rachat intégral est possible dans le cas de Family Care Deposito.

La Réserve d'épargne, diminuée des éventuels frais et charges, sera versée au Preneur d'assurance.

11.5 Remise en vigueur

Le Preneur d'assurance a le droit de demander la remise en vigueur du Contrat assorti des garanties existantes. L'Assureur a le droit de soumettre l'acceptation de la remise en vigueur à une acceptation médicale de l'état de santé de l'Assuré. Les demandes introduites plus de trois mois après le Rachat ou la cessation du Contrat pour non-paiement de la Prime ne sont pas acceptées.

Un Contrat racheté se remet en vigueur en reversant la valeur de Rachat nette payée et en calculant une nouvelle Prime sur la base des critères d'acceptation applicables à ce moment-là. La remise en vigueur du Contrat n'est possible qu'après son acceptation par l'Assureur selon ses procédures en la matière (acceptation médicale entre autres) et qu'après paiement de toutes les Primes échues, augmentées des intérêts et frais administratifs.

11.6 Cessation du paiement des Primes

Si le Preneur d'assurance ne signale pas lui-même que le paiement des Primes est arrêté, l'Assureur adresse au Preneur d'assurance une sommation sous pli ordinaire après l'échéance de la Prime impayée. Cela vaut mise en demeure, l'Assureur informant le Preneur d'assurance qu'en cas de non-paiement de la Prime dans les 30 jours civils suivant la réception de cette lettre, le Contrat sera résilié.

Lorsque l'Assureur reçoit du Preneur d'assurance une lettre dans laquelle il est fait mention de la cessation du paiement de la Prime ou de la demande de racheter le Contrat, l'Assureur renoncera à envoyer une sommation ou cette lettre interrompt la période de mise en demeure à la date de sa réception.

Article 12. Taxes et frais

L'Assureur peut mettre à la charge du Preneur d'assurance ou du ou des Bénéficiaires tous impôts, cotisations et charges de quelque nature que ce soit qui peuvent grever les Primes, la réserve, les produits de placements ou quelque versement que ce soit.

12.1 Impôts

La totalité des taxes, impôts et cotisations présents et/ou futurs dus en raison de la conclusion ou de l'exécution du Contrat sont pour le compte du Preneur d'assurance.

12.2 Frais

Si la Prime est payée par domiciliation dans le cadre de son encaissement, aucun frais n'est dû. Ce sera toutefois le cas si la Prime est payée par virement. Ces frais peuvent aller de 1 à 5 EUR eu égard à la nature du paiement. Ce montant est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100).

Si, en cas de cessation du paiement de la Prime, l'Assureur est contraint d'adresser une lettre recommandée au Preneur d'assurance, l'Assureur se réserve le droit d'imputer un coût de 40 EUR (indexé, base 1988 = 100).

Si, à la demande du Preneur d'assurance, l'Assureur est requis d'adapter le Contrat, il se réserve le droit d'imputer des frais pour un montant de 40 EUR (indexé, base 1988 = 100).

Ces frais doivent être payés sur le compte bancaire du Souscripteur mandaté. L'Assureur se réserve le droit de retenir ces frais sur la Valeur de rachat théorique.

L'Assureur peut imputer, en sus des frais standards, des dépenses supplémentaires occasionnées par le Preneur d'assurance, le ou les Assurés ou le ou les Bénéficiaires. L'Assureur applique ces frais de manière raisonnable et justifiée. L'Assureur ne peut imputer des chargements particuliers non spécifiquement mentionnés dans les présentes conditions générales ou dans tout autre document que moyennant notification écrite préalable à l'intéressé ou aux intéressés. Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'Assureur ne peut augmenter, pendant la Durée, les montants des chargements particuliers convenus que d'une manière raisonnable et justifiée, dans le cadre de leur révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le Contrat.

12.3 Frais d'examen médical

L'Assureur peut recouvrer les frais afférents aux examens médicaux auprès du (candidat-)Preneur d'assurance si ce dernier ne conclut pas le Contrat ou le résilie dans les 30 jours civils suivant son entrée en vigueur.

12.4 Chargements particuliers

12.4.1 Généralités

L'Assureur peut, en sus des chargements standards, imputer aussi des chargements pour des dépenses particulières occasionnées par le Preneur d'assurance, le ou les Assurés ou le ou les Bénéficiaires. L'Assureur se réserve le droit de retenir forfaitairement 25 EUR par service (montant indexé, base 1988 = 100). L'Assureur applique ces frais de manière raisonnable et justifiée. Il peut imputer ces chargements particuliers entre autres pour la demande de doubles des Documents contractuels (comme les Conditions particulières, y compris le ou les avenants, une quittance de rachat), la recherche d'adresses, l'envoi de lettres (recommandées), la demande de pièces probantes, de copies et d'attestations, la demande de relevés de paiement et de paiements de et vers l'étranger.

etc.

12.4.2 Assurances dormantes

Si le Contrat relève du régime légal des contrats d'assurance dormants, l'Assureur peut imputer les frais de recherche visant à déterminer si l'Assuré ou le Preneur d'assurance est encore en vie, ou les frais d'identification de Bénéficiaires. Le chargement imputé par Contrat se monte à 5 % de la Réserve technique, avec un maximum de 200 EUR (indexé, base 1988 = 100). Ce coût est retenu sur le montant à verser. Si la limite des coûts est dépassée pendant les recherches, celles-ci seront arrêtées et le montant à verser, diminué de 200 EUR (indexé, base 1988 = 100), sera transféré à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Article 13. Mise en gage, avance et cession de droits du Preneur d'assurance

13.1 Avance

Il n'est pas possible de demander une avance sur quelque prestation que ce soit.

13.2 Mise en gage

Le Preneur d'assurance ne peut pas mettre en gage ses droits au titre du Contrat.

13.3 Cession de droits

Si le Preneur d'assurance diffère de l'Assuré et décède avant l'Assuré, tous les droits sur le Contrat seront transférés à l'Assuré. L'Assuré devient dès lors le Preneur d'assurance pour la durée restante du Contrat. L'Assureur sera fondé, à ce moment-là, à supposer que le nouveau Preneur d'assurance habite et continue d'habiter à la même adresse, sauf indication contraire.

Article 14. Participation bénéficiaire

Le présent Contrat ne donne droit à aucune participation bénéficiaire accordée par l'Assureur.

Article 15. Conditions tarifaires

Les tarifs que l'Assureur a déposés auprès de l'instance de contrôle, constituent les tarifs appliqués au calcul de la Prime (y compris l'éventuelle majoration de prime pour raison médicale et/ou non médicale).

L'Assureur garantit le tarif de base pendant la Durée, hormis les modifications du Contrat et les adaptations légales de la part de la ou des instances de contrôle compétentes, ce dernier point en vertu du cadre législatif en vigueur (à l'époque) pour lequel le tarif est garanti pour une période de trois ans et ne peut être modifié qu'avec l'accord de la FSMA pour la totalité du portefeuille au sein du même plan tarifaire.

L'Assureur ne peut relever la Prime pendant la Durée que dans le cadre d'une révision générale et uniquement s'il existe de justes motifs de le faire, tels que, à titre non limitatif :

- une baisse structurelle des intérêts sur les marchés financiers ;
- une modification structurelle des probabilités de décès et de survie ;
- une hausse structurelle des coûts ;
- une augmentation structurelle des obligations due à de nouvelles directives, initiatives ou dispositions législatives.

En toute hypothèse, l'Assureur préviendra le Preneur d'assurance par écrit qu'une augmentation est à l'ordre du jour, et l'informerait du moment auquel cette augmentation s'appliquera.

Cette augmentation est indépendante de l'éventuelle indexation sur la base de l'indice (1988 = 100), ainsi que de l'indexation annuelle pré-souscrite du Capital assuré.

Article 16. Modification des conditions générales

L'Assureur ne peut modifier les conditions générales que pour de justes motifs (par exemple, dans le cadre d'une modification de la législation), dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du Contrat. L'Assureur en informe le Preneur d'assurance par écrit, en mentionnant la nature et les motifs de la ou des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles conditions générales prennent cours.

Article 17. Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions précédentes ou des dispositions impératives l'indiquaient autrement, toute notification d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire ou par e-mail. Toute notification et toute correspondance entre parties se font valablement à la dernière adresse (de correspondance) ou adresse e-mail qu'elles se sont communiquées mutuellement. À défaut de mention d'une adresse de correspondance spécifique sur la proposition, l'Assureur peut utiliser l'adresse du « Preneur d'assurance » figurant dans les Conditions particulières comme adresse de correspondance unique. Le Preneur d'assurance a toujours la faculté de faire changer l'adresse de correspondance unique moyennant une notification écrite à l'Assureur, datée et signée par eux deux.

L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'Assureur.

L'adresse de correspondance de l'Assureur est : Cares Assistance SRL – Rozebeeksestraat, 44 – 8860 LENDELEDE.

Article 18. Cadre légal

Le Contrat est soumis à la législation belge en matière d'assurances-vie individuelles et, par conséquent, il ne peut être souscrit que par des individus ayant leur résidence habituelle en Belgique et que par des personnes morales ayant un siège en Belgique.

Article 19. Fiscalité

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé aux Conditions particulières. La responsabilité de l'Assureur ne peut être aucunement engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'ont pas été ou ne pouvaient pas être obtenus, ou si une pression (para)fiscale inattendue a grevé le Contrat.

Tous les impôts, retenues ou frais, de quelque origine que ce soit, qui s'appliquent aux primes, à la réserve, au rendement sur la réserve et à toutes les prestations sont à charge du Preneur d'assurance ou, dans le cas concerné, du Bénéficiaire.

L'Assureur suppose que le Preneur d'assurance respecte toutes les dispositions légales et réglementaires relatives à la demande, à l'application, à l'exécution et à la modification ou à la cessation du Contrat et que, d'autre part, il respecte toutes les procédures, conditions et formalités légales dans ses rapports avec l'Assuré ou un tiers. L'Assureur peut se faire indemniser par le Preneur d'assurance de tout dommage et de tous frais résultant du non-respect des dispositions légales par le Preneur d'assurance.

Article 20. Législation antiblanchiment et procédures internes

Le Contrat est soumis à la réglementation belge en matière de prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme, et aux procédures prévues à cet égard par l'Assureur.

Article 21. Protection des données à caractère personnel

Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre du Contrat est régi par le règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données à caractère personnel (RGPD). On entend par « données à caractère personnel » toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (la « personne concernée ») ; est réputée être une personne physique identifiable une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale. Le Souscripteur mandaté et/ou l'Assureur obtiennent les données à caractère personnel par l'intermédiaire du courtier. Il s'agit de données liées au Preneur d'assurance, à l'Assuré et au Bénéficiaire.

Les données à caractère personnel seront traitées uniquement dans la mesure où il existe une finalité qui en rend le traitement nécessaire, et seules les données nécessaires à la finalité visée seront traitées.

21.1 Finalités

Le Souscripteur mandaté et l'Assureur traiteront les données à caractère personnel pour les finalités suivantes :

- l'exécution du Contrat, en particulier la gestion de dossiers des clients, l'offre et la gestion d'assurances de personnes, l'exécution d'ordres de paiement et d'opérations en rapport avec des instruments financiers ;
- la gestion interne de l'entreprise, comme des finalités d'information interne, le fonctionnement optimal de nos bureaux, la protection, la gestion des litiges ou des risques par le biais d'analyses ou de modèles, la gestion de l'infrastructure IT interne, comme l'aide au bon fonctionnement des réseaux ;
- le marketing direct par e-mail, les mailings, les informations sur les services proposés par l'Assureur, les produits financiers et d'assurance, les promotions et événements que l'Assureur organise ;
- obligations légales :
 - la gestion des risques et les finalités de contrôle comme dans le cadre de la surveillance de la lutte contre le blanchiment de capitaux ; la détection et/ou le traitement approprié et/ou la prévention d'irrégularités, de violations de dispositions légales ou contractuelles et d'actes frauduleux, commis par le Preneur d'assurance, des courtiers, intermédiaires ou tiers. Cela comprend aussi les rapports provenant ou à destination des autorités de contrôle, de la Cellule de Traitement des Informations Financières (CTIF), et l'échange de données avec des administrations belges et étrangères dans le cadre du CRS, de l'EAI, du FATCA ou d'autres obligations légales ;
 - Point de contact central (PCC) : contribution à la liste de tous les comptes et contrats existant en Belgique, qui est mise à la disposition de certaines autorités, personnes et organismes. Les données enregistrées dans le PCC peuvent être utilisées entre autres dans le cadre d'une enquête fiscale, de la détection d'infractions punissables et de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et de la grande criminalité. Le Preneur d'assurance a le droit de consulter les données à caractère personnel enregistrées à son nom. Il peut le faire en adressant une demande écrite, datée et signée au PCC (cap.pcc@nbb.be, PCC Banque Nationale de Belgique, boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles). Les données sont conservées dans le PCC jusqu'à 10 ans après la fin de la relation contractuelle. Ensuite, elles sont irrévocablement supprimées.

21.2 Base juridique

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans les situations suivantes :

- pour se conformer aux obligations légales incombant au Souscripteur mandaté ou à l'Assureur ;
- dans le cas où la personne concernée y a donné son consentement (explicite), notamment pour le traitement de données sur sa santé ou, si la loi l'exige, pour recevoir du marketing direct ;
- à la suite de la conclusion, de l'exécution et de la gestion du Contrat ;
- en vertu de la défense d'intérêts légitimes et, notamment, de l'intérêt légitime de l'Assureur à garantir la fluidité et la sécurité de ses opérations commerciales, à gérer le Contrat avec fluidité et efficacité, à envoyer du marketing direct par e-mail aux clients existants et à garantir le respect des législations et réglementations non européennes.

21.3 Catégories de données à caractère personnel

Dans le cadre du Contrat, le Souscripteur mandaté et l'Assureur traiteront notamment les catégories suivantes de données à caractère personnel :

- données d'identification ;
- coordonnées ;
- données sur la santé ;
- informations financières générales ;
- informations professionnelles.

21.4 Partage des données à caractère personnel

Dans le cadre des finalités citées ci-dessus, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à des sociétés liées à l'Assureur, à des prestataires de services externes, ainsi qu'à d'autres tiers concernés tels qu'un prêteur ou un (ré)Assureur, un souscripteur mandaté, un service public compétent, un avocat ou un médiateur dans le cadre du règlement d'un litige.

21.5 Confidentialité

L'Assureur et le Souscripteur mandaté ont pris les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel. Seuls y auront accès les collaborateurs qui traitent de telles données ou qui en ont besoin à des fins professionnelles.

21.6 Conversation des données à caractère personnel traitées

Les données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que ce qui est strictement nécessaire pour réaliser la finalité, dans le respect des délais de prescription ou des durées de conservation imposés par la législation ou la réglementation.

21.7 Droits de la personne concernée

La personne concernée dont les données à caractère personnel sont traitées, peut :

- demander d'avoir accès à ces données ;
- faire rectifier et/ou compléter des données inexactes ;
- faire effacer des données ;
- obtenir une limitation de leur traitement ;
- obtenir des données à caractère personnel dont le traitement repose sur un contrat ou sur un consentement, et/ou les faire transférer à un autre responsable du traitement ;
- s'opposer à leur traitement.

Pour connaître l'étendue et la portée des droits précités, on se reportera à la politique de confidentialité sur le site web du Souscripteur mandaté. La personne concernée peut toujours s'opposer à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct. Toute question en lien avec les droits susmentionnés peut être envoyée par e-mail au Souscripteur mandaté à l'adresse info@cares-assistance.eu.

Les éventuelles réclamations relatives au traitement des données à caractère personnel peuvent être envoyées à l'adresse info@cares-assistance.eu ou à l'Autorité de protection des données.

21.8 Retrait du consentement donné pour traiter les données

Si l'Assuré retire son consentement au traitement des données concernant sa santé, il peut s'ensuivre la cessation totale du Contrat.

Article 22. Conflits d'intérêts

L'Assureur a l'obligation de protéger les intérêts du Preneur d'assurance. Vous trouverez sur le site web de l'Assureur des renseignements complémentaires concernant sa politique d'indemnisation et sa politique en matière de conflits d'intérêts.

Article 23. Droit applicable, réclamations et litiges

23.1 Droit applicable et tribunaux compétents

Le Contrat est soumis au droit belge. En cas de litige sur sa validité, son interprétation et/ou son exécution que les parties ne peuvent pas régler à l'amiable, les tribunaux belges sont compétents .

23.2 Réclamations concernant le Contrat

Si vous avez une réclamation concernant le Contrat, vous pouvez prendre contact avec l'Assureur de la manière suivante :

1. à l'aide du formulaire de contact disponible sur son site web ;
2. en envoyant un e-mail à l'adresse complaints@cares-assistance.eu ;
3. en téléphonant au numéro 02 486 85 10 ;
4. par lettre adressée à Cares Assistance, Gestion des plaintes, Rozebeeksestraat 44, 8860 Lendeledede.

Si une solution adéquate ne vous est pas soumise, vous pouvez vous tourner vers l'Ombudsman des Assurances, square De Meeûs 35, à 1000 Bruxelles (e-mail: info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'introduire une action en justice.

23.3 Réclamations relatives à des questions médicales

Les litiges sur des questions médicales peuvent, pour autant que les parties marquent expressément leur accord par écrit à ce sujet au plus tôt au moment où naît le litige, être également tranchés par une expertise médicale amiable (arbitrage) pour laquelle les parties désignent chacune leur propre médecin. Faute d'accord entre ces médecins, ceux-ci ou, à défaut d'accord, le Président du Tribunal de première instance compétent désigne(nt) un médecin « tiers ». Le collège ainsi formé statue à la majorité des voix et sa décision est irrévocable. À peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent toutefois déroger aux dispositions des Conditions générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin « tiers » sont supportés à parts égales par les parties.

Partie 2 : l'assurance assistance (4.02.2020 version 1)

Article 1. Définitions:

Dans le contrat d'assurance conclu, les notions suivantes doivent être interprétées de manière restrictive:

1. L'assuré:

L'assuré est la personne sur la tête de qui l'assurance a été conclue. L'assuré doit obligatoirement être le preneur d'assurance, c'est-à-dire vous-même.

2. Les bénéficiaires:

Le partenaire légal ou de fait, le père, la mère, le frère, la sœur, les beaux-parents, le beau-fils, la belle-fille, les grands-parents, les enfants ou petits-enfants, le beau-frère ou la belle-sœur. Pour autant qu'ils soient domiciliés en Belgique et qu'ils y résident habituellement.

3. L'assureur:

L'assureur concerne Inter Partner Assistance S.A., assureur agréé par la Commission bancaire, financière et des assurances sous le numéro 0487, pour les activités d'assurances suivantes : accidents, maladie, autres dommages aux biens, responsabilité civile automobile, responsabilité civile générale, différentes sortes de pertes financières, assistance juridique et assistance (M.B. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979), dont le siège social est sis à 1050 Bruxelles, Avenue Louise 166, Boîte Postale 1, numéro d'entreprise 0415.591.055. Aussi appelé « AXA Assistance » ci-dessous.

4. Le contrat d'assurance:

Le contrat d'assurance entre l'assureur et le preneur d'assurance comprend les conditions générales et les conditions particulières. Dans le cas d'une contradiction éventuelle entre les conditions générales et les conditions particulières, les conditions particulières du contrat d'assurance conclu ont la priorité sur les conditions générales, et ceci conformément au principe général du droit « *Lex specialis derogat legi generali* ».

5. Domicile:

La résidence légale en Belgique -ou le domicile choisi en Belgique dans les Conditions Particulières- du preneur d'assurance ou si le preneur d'assurance est une personne morale, de la personne physique indiquée aux Conditions Particulières.

Article 2. Conditions d'attribution des prestations d'assistance :

- A. L'assureur met tout en œuvre pour offrir une assistance à l'assuré en conséquence de certains événements incertains, aussi bien dans le domaine privé que professionnel. Les événements sont garantis aussi longtemps que le contrat d'assurance est d'application valable dans les limites territoriales stipulées, et ceci à concurrence des montants garantis.
- B. Le choix du moyen de transport est déterminé par AXA Assistance.
- C. Les prestations qui n'avaient pas été demandées au moment des faits, y compris les prestations qui avaient été refusées par l'assuré ou les prestations qui avaient été organisées sans l'accord d'AXA Assistance ne donnent aucun droit à remboursement ou quelque indemnisation que ce soit. Les événements doivent obligatoirement être communiqués à AXA Assistance au moment des faits. De même une attestation des autorités locales ou de l'organisation d'aide doit être transmise à AXA Assistance.
- D. La garantie du présent contrat d'assurance est limitée aux déplacements de maximum 90 jours calendrier consécutifs. Les faits qui se produisent après cette période de 90 jours calendriers ne donnent droit à aucune garantie du présent contrat d'assurance.
- E. La garantie n'est pas attribuée si l'assuré, malgré les communications officielles du Ministère des Affaires étrangères déconseillant formellement la visite d'un pays étranger parce qu'il y a des agitations, des révoltes, des guerres ou des guerres civiles, décide quand même d'entreprendre le déplacement.

Article 3. Étendue de l'intervention

3.1 Entretien « Intake »

Dans le cas du décès de l'assuré, AXA Assistance doit être averti par téléphone aussi vite que possible pour pouvoir mener sa mission d'assistance de manière optimale. Après la notification du décès, un entretien « Intake » a lieu avec les bénéficiaires. Cet entretien peut avoir lieu via téléphone ou sur place et ce au choix des proches. Ce service est disponible de 9h à 17h et peut durer jusqu'à 2 heures. À partir de cet entretien, les besoins d'assistance des bénéficiaires seront déterminés. L'assistance aux bénéficiaires peut aussi être délivrée pendant les derniers jours de l'assuré en cas de diagnostic de phase terminale ou de soins palliatifs. Les différentes possibilités sont décrites ci-dessous.

3.2 Assistant social

Les bénéficiaires de l'assuré ont droit à 14 heures d'assistance sociale sur place. Ce service est disponible 24h/24 et 7j/7.

L'assistant social peut aider les bénéficiaires en :

- Donnant des informations fiables et des conseils;
- Recherchant quelles formalités et procédures administratives suite au décès de l'assuré doivent être accomplies auprès des institutions et services sociaux concernés;
- En remplissant les formalités, procédures administratives et constitutions de dossiers;
- Sur demande des bénéficiaires prendre contact avec les institutions et services sociaux mentionnés ci-dessus.

3.3 Assistance psychologique

AXA Assistance met à disposition des bénéficiaires une ligne d'aide téléphonique 24h/24 et 7j/7. Ce service est destiné à fournir aux bénéficiaires un premier soutien psychologique et à proposer par la suite si nécessaire un suivi psychologique ou à diriger vers un organisme d'aide spécialisé.

Après la première assistance psychologique par téléphone, AXA Assistance organise l'intervention d'un psychologue. L'intervention d'AXA Assistance se limite à maximum 5 heures de consultations.

Les 14 heures d'assistance sociale et les 5 heures d'assistance psychologiques peuvent être permutées entre elles. Quand 70% du total de ces heures est atteint, le bénéficiaire est averti.

3.4 Assistance juridique

AXA Assistance met à disposition des bénéficiaires un service d'information juridique. Cela concerne un service d'information sans limitation du nombre d'appels. Le caractère juridique des questions qui peuvent être posées à notre service d'information est déterminé par le type de couverture souscrite dans le cadre de la police en vigueur en particulier tous les aspects juridiques à la suite d'un décès.

Le numéro de téléphone de l'assistance juridique 078/15.15.55, est joignable de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00 du lundi au vendredi excepté jours fériés. Si la question posée par téléphone ne peut immédiatement recevoir une réponse d'un collaborateur de LAR, le service LAR reprendra contact dans les 48h avec le client.

3.5 Rapatriement

Rapatriement des bénéficiaires

En cas de décès de l'assuré à l'étranger, AXA Assistance organise le transport des bénéficiaires accompagnants jusqu'à leur domicile ou vers le lieu où la dépouille funéraire a été transportée dans le pays de domicile et prend en charge les coûts inhérents.

Rapatriement du véhicule

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si la famille ou les proches n'ont pas de solution, AXA Assistance organise et paie le rapatriement du véhicule. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule revient à AXA Assistance. Les éventuels frais de péage et d'essence restent à charge des bénéficiaires.

Lors du rapatriement du véhicule depuis l'étranger, une description et un état des lieux est établi, tant lors de la prise en charge que de la livraison. AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable pour tout retard dans l'exécution du rapatriement, ni pour tout dommage, acte de vandalisme, vol d'objets ou d'accessoires sur le véhicule pendant son immobilisation ou son transport.

Rapatriement des animaux domestiques

En cas de décès de l'assuré à l'étranger, AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement des animaux domestiques (chien(s), chat(s)) que l'assuré avait avec lui.

Rapatriement des bagages

En cas de décès de l'assuré à l'étranger, AXA Assistance organise et prend en charge le transport des bagages de la personne décédée jusqu'à son domicile.

Rapatriement de la dépouille funéraire

En cas de décès de l'assuré à l'étranger, AXA Assistance organise le transport de la dépouille funéraire du lieu du décès jusqu'à l'endroit de l'enterrement ou de la crémation dans le pays de domicile et en prend les frais en charge

3.6 Retour anticipé

En cas de décès de l'assuré AXA Assistance organise et prend en charge les frais de soit le voyage retour de 2 bénéficiaires qui se trouvaient à l'étranger soit le voyage aller-retour d'un proche qui se trouvait à l'étranger jusqu'à leur domicile ou le lieu d'enterrement ou de crémation de l'assuré dans le pays du domicile.

3.7 Babysitting

En cas de décès et si la famille ou les proches n'ont pas d'autre solution pour s'occuper des enfants de l'assuré de moins de 18 ans, AXA Assistance organise une garde pour ces enfants et prend en charge jusqu'à un maximum de 14 heures réparties sur les 7 jours qui suivent le décès de l'assuré.

3.8 Surveillance du domicile

En cas de décès, AXA Assistance organise et prend en charge la surveillance de l'habitation de l'assuré le jour de l'enterrement de l'assuré

3.9 Aide-ménagère

En cas de décès, AXA Assistance organise et prend en charge une aide-ménagère (limitée au nettoyage, la préparation des repas, la lessive et le repassage) pour les bénéficiaires. Et ceci pendant un maximum de 14 heures réparties sur les 7 jours qui suivent le décès de l'assuré.

3.10 Repas

En cas de décès, AXA Assistance organise et prend en charge la livraison de repas à la maison des bénéficiaires. L'intervention d'AXA Assistance est limitée à maximum 7 jours après le décès de l'assuré.

3.11 Médicaments

En cas de décès, AXA Assistance organise et prend en charge la fourniture des médicaments prescrits aux bénéficiaires. L'intervention d'AXA Assistance est limitée à maximum 7 jours suivant le décès de l'assuré. L'achat des médicaments livrés reste à charge des bénéficiaires.

3.12 Garde d'animaux domestiques

Si la famille ou les proches n'ont pas d'autre solution pour la garde de l'animal domestique (limité aux chats et aux chiens), AXA Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal. L'intervention d'AXA Assistance est limitée à 7 jours suivant le décès de l'assuré.

Article 4. Exclusions générales communes à toutes les garanties :

Sont exclus de la couverture et ne donnent pas lieu à remboursement:

- Les frais de repas, à l'exception du petit-déjeuner, sauf s'ils sont expressément prévus dans le contrat d'assurance;
- Les frais de taxi, sauf s'ils sont formellement prévus dans le contrat d'assurance;
- Les frais prévus avant le voyage vers l'étranger;
- Les frais qui ont été causés par un acte intentionnel, par un suicide ou une tentative de suicide, ceci seulement durant la première année d'assurance;
- Le besoin d'assistance apparu en raison d'événements qui avaient été causés par la témérité, un pari ou un défi de l'assuré;
- Les événements qui sont la conséquence d'une guerre, d'une guerre civile, d'une mobilisation générale, d'une réclamation de personnes ou de matériel par les autorités, de conflits sociaux comme la grève, le lock-out, une émeute ou une insurrection populaire, le terrorisme ou le sabotage;
- Les accidents nucléaires tels que décrits dans la Convention de Paris du 29 juillet 1960 ou résultant de la radiation émise par des radio-isotopes;
- Les prestations que l'assureur ne peut pas fournir en conséquence d'une force majeure.

Tous les frais qui ne sont pas formellement prévus dans le contrat d'assurance qui sont pris en charge.

Article 5. Les obligations du bénéficiaire:

5.1 La déclaration:

L'assuré doit informer AXA Assistance le plus rapidement possible du sinistre.

L'assuré doit immédiatement fournir tous les renseignements et réponses utiles aux questions qui lui sont posées afin de déterminer les circonstances du sinistre et d'en constater l'importance.

Afin d'organiser le mieux possible l'assistance et plus particulièrement de pouvoir prendre une décision à propos du moyen de transport le plus adapté (avion, train, etc.), l'assuré veillera à contacter l'assureur avant chaque intervention et il engagera uniquement des frais d'assistance après avoir reçu l'autorisation de l'assureur.

Si l'assuré reste en défaut au niveau de ces obligations, l'intervention d'AXA Assistance restera limitée aux montants stipulés dans les conditions générales et dans les limites des coûts qu'AXA Assistance aurait consentis s'il avait dû organiser le service lui-même.

5.2 Les obligations du bénéficiaire en cas de sinistre:

L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour limiter le plus possible les conséquences du sinistre, et ceci dans le cadre de l'obligation générale de limitation des dommages.

L'assuré s'engage, dans un délai maximal de 3 mois après l'intervention d'AXA Assistance:

- Remettre tous les justificatifs originaux des dépenses encourues.
- Fournir la preuve des faits donnant droit aux prestations garanties.
- Remettre les preuves de transport qui n'avaient pas été utilisées parce que l'assureur a pris ce transport en charge.

Il est possible qu'AXA Assistance ait pris en charge, dans l'intérêt de l'assuré, des frais ne bénéficiant pas d'une couverture dans le cadre du présent contrat d'assurance. Dans tous les cas, l'assuré doit rembourser ces frais dans le mois suivant le paiement par AXA Assistance.

5.3 Sanctions:

Si l'assuré ne respecte pas l'une des obligations et si AXA Assistance encourt un dommage ce faisant, AXA Assistance a le droit de réduire ses prestations proportionnellement au dommage qu'il a subi.

AXA Assistance peut rejeter sa garantie si l'assuré n'a pas respecté l'une des obligations avec des intentions frauduleuses.

Article 6. Subrogation et pluralité d'assurances:

6.1 Subrogation:

AXA Assistance qui a accordé l'assistance et/ou qui a payé l'indemnité intervient, à concurrence du montant de l'intervention, dans

les droits et les créances de l'assuré vis-à-vis des tierces parties responsables de l'accident.

Si la subrogation ne peut pas avoir d'effet favorable pour AXA Assistance à cause de l'assuré, AXA Assistance peut réclamer le remboursement de l'indemnité payée proportionnellement au préjudice subi.

La subrogation ne peut pas porter préjudice à l'assuré, qui a seulement été indemnisé partiellement. Le cas échéant, il peut exercer ses droits de manière prioritaire par rapport à AXA Assistance au niveau de ce qui lui est encore dû.

Sauf dans le cas d'une intention grave, AXA Assistance n'a pas le moindre droit de recours vis-à-vis des descendants, ascendants, de l'époux/de l'épouse et des parents en ligne directe de l'assuré responsables, ni vis-à-vis des personnes vivant avec lui, de ses hôtes et de tous les membres du personnel de maison. Toutefois, AXA Assistance peut tenter un recours à l'encontre de ces personnes responsables dans la mesure où leur responsabilité est réellement garantie par un contrat d'assurance.

6.2 Pluralité d'assurances:

AXA Assistance prend en charge les coûts uniquement après avoir épuisé les interventions de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance et/ou compagnie d'assurances, lorsque l'assuré ou ses ayants-droits y sont aussi affiliés.

Dans l'hypothèse où ces organismes ont prévu entre eux un autre moyen de répartition de la charge du sinistre que celui décrit ci-dessus, AXA Assistance opte pour la clé de répartition stipulée à l'article 99 de la loi du 4 avril 2014.

Article 7. Territorialité:

Les prestations d'AXA Assistance dans le cadre du présent contrat d'assurance sont garanties en Belgique. Les exceptions sont les prestations de rapatriement, de retour anticipé qui sont acquises à partir de la résidence légale de l'assuré à tous les pays du monde.

Article 8. Force majeure:

AXA Assistance ne peut être tenu responsable d'un retard ou d'une négligence au niveau de l'exécution des obligations dans le cadre du présent contrat d'assurance en raison d'une force majeure. Est considéré comme un cas de force majeure toute cause externe que l'on ne peut raisonnablement pas contrôler et/ou prévoir.

Article 9. Durée du présent contrat d'assurance

Les garanties du présent contrat d'assurance prennent court après une période de stage de trois mois à dater de la conclusion dudit contrat.

Le contrat d'assurance est conclu pour une période d'une année civile, et ceci à partir du paiement de la première prime.

Le contrat d'assurance est prolongé tacitement à la fin de chaque année d'assurance, et ceci pour une période à chaque fois d'une année civile. Toutefois, les parties peuvent s'opposer à cette prolongation tacite par courrier recommandé, exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de préavis contre accusé de réception au plus tard trois mois avant l'échéance de la période en cours du contrat d'assurance.

Article 10. Paiement de la prime et indexation

La prime, majorée des taxes et des cotisations, est payable à l'avance à la demande d'AXA Assistance ou de l'intermédiaire d'assurance désigné dans les conditions particulières.

Les garanties du présent contrat d'assurance entrent seulement en vigueur après le paiement de la première prime.

En cas de non-paiement de la prime à l'échéance, AXA Assistance peut suspendre la garantie ou rompre le contrat d'assurance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en défaut par un courrier recommandé envoyé par la poste ou par un exploit d'huissier de justice.

La suspension de la garantie du contrat d'assurance entre en vigueur à l'échéance d'un délai de 15 jours, à compter à partir du jour

suivant la notification ou le jour suivant la remise du courrier recommandé.

Si AXA Assistance décide de rompre le contrat d'assurance en conséquence de la suspension et si cette sanction est mentionnée dans le courrier recommandé, la rupture du contrat entre en vigueur à l'échéance d'un délai de 15 jours à compter à partir du premier jour de la suspension.

Si la garantie a été suspendue par AXA Assistance, elle entre alors à nouveau seulement en vigueur le jour suivant le jour du paiement de la prime, éventuellement majorée des intérêts dus.

Dans le cas de la suspension de la garantie sans avoir indiqué la possibilité de rupture dans le courrier recommandé, une nouvelle mise en demeure doit être envoyée conformément à cet article.

Le montant de la prime peut être indexé annuellement sur la base de l'indice des prix à la consommation. L'indice de base est celui du mois précédent le mois au cours duquel ce contrat d'assurance entre en vigueur. À l'échéance annuelle du contrat d'assurance, la prime sera adaptée à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Nouvelle prime} = (\text{prime de base} \times \text{nouvel indice}) / \text{indice de base}$$

Article 11. Fin anticipée du contrat d'assurance:

AXA Assistance peut résilier le contrat anticipativement lors du non-paiement ou du paiement tardif de la prime par l'assuré.

Article 12. La modification du contrat d'assurance et / ou de la prime:

Si AXA Assistance désire modifier les conditions d'assurances et/ou le tarif applicable, le contrat d'assurance est adapté à l'échéance annuelle.

AXA Assistance doit communiquer par écrit les modifications susmentionnées au preneur d'assurance et ceci au plus tard quatre mois avant l'échéance du contrat d'assurance, en sorte que le preneur d'assurance dispose d'un délai d'un mois pour refuser les modifications et par conséquent mettre un terme au contrat d'assurance tout en respectant un délai de trois mois et les dispositions de l'article 13. Par conséquent, le contrat d'assurance prend fin à l'échéance.

AXA Assistance se réserve également le droit de communiquer une modification des tarifs ultérieurement, et dans ce cas le droit de fin par le preneur d'assurance doit également être mentionné. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de mettre un terme au contrat d'assurance tout en respectant un délai de trois mois et les dispositions de l'article 13. Par conséquent, le contrat d'assurance prend fin à l'échéance du délai susmentionné.

Article 13. Plaintes:

En cas de plaintes, le preneur d'assurance et/ou l'assuré peut s'adresser au service de qualité d'Axa Assistance:

- Par mail : customer.care.bnl@axa-assistance.com
- Par correspondance: Axa Assistance, Customer Care, Avenue Louise 166 bus 1 à 1050 Bruxelles.

La plainte sera examinée le plus rapidement possible par le Service de qualité d'Axa Assistance, et ceci dans le dans les délais suivants :

- Un accusé de réception de la plainte suit dans les 3 jours ouvrables avec une brève explication à propos du déroulement ultérieur de la procédure.
- Dans les 5 jours ouvrables, un point de vue définitif sera communiqué au preneur d'assurance, sous réserve de problèmes complexes.
- Dans le mois calendrier, un point de vue définitif sera communiqué au preneur d'assurance à propos des problèmes complexes.
- Si les délais susmentionnés ne sont pas réalisables, cela est communiqué au preneur d'assurance avec une motivation concernant la raison. Il faut également donner une indication se rapportant au délai pendant lequel on peut s'attendre à un point de vue définitif.

Le preneur d'assurance peut aussi s'adresser au Médiateur des Assurances:

- Par mail : info@ombudsman.as
- Par correspondance: Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles.
- Par téléphone : 02/547.58.71
- Par fax : 02/547.59.75

Les possibilités susmentionnées ne portent pas préjudice au droit de l'assuré et/ou du preneur d'assurance d'intenter une procédure judiciaire. Le Médiateur des Assurances et son équipe examinent les litiges en matière d'assurances entre le consommateur et l'assureur ou l'intermédiaire d'assurances.

L'assuré peut également s'adresser à un organisme agréé pour le règlement extrajudiciaire des litiges des consommateurs, comme cela est stipulé sur la plate-forme du règlement des litiges en ligne :

<https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/index.cfm?event=main.home.chooseLanguage>

L'assuré peut compléter un formulaire de plainte sur cette plateforme, qui envoie immédiatement la plainte dans une forme très compréhensible à la partie défenderesse. Vous retrouverez toute la procédure sur la plate-forme susmentionnée.

Article 14. Correspondance concernant le contrat d'assurance:

Les communications et notifications destinées à l'assuré sont réputées avoir été valablement délivrées à l'adresse qu'il a indiquée dans son contrat d'assurance ou communiquée à AXA Assistance par la suite.

Les communications et notifications de l'assuré sont réputées avoir été valablement délivrées au siège social d'AXA Assistance ou du producteur d'assurance qui est titulaire de la décharge émise par AXA Assistance ou qui est intervenu dans la conclusion ou pendant l'exécution du contrat d'assurance.

Article 15. Clause sur les sanctions:

Axa Assistance n'est pas dans l'obligation de proposer une couverture, d'indemniser un sinistre ou d'exécuter un service dans le cadre des présentes conditions, si la couverture proposée, l'indemnité du sinistre ou le service exécuté devait donner lieu à une sanction ou limitation par Axa Assistance sur la base d'une résolution des Nations Unies ou sur la base de sanctions, de lois ou d'embargos commerciaux et économiques de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Article 16. Expertise :

En l'absence d'un contrat concernant l'importance des dommages, ceux-ci sont constatés contradictoirement par deux experts, désignés et correctement mandatés, le premier par l'assuré et l'autre par la compagnie. Si aucun accord ne peut être atteint, ces experts choisissent alors un troisième expert. Les trois experts décident conjointement, mais, à défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera décisif. Si l'une des parties ne désigne pas son expert ou si les deux experts ne sont pas d'accord à propos du choix du troisième expert, ce dernier est désigné, à la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie contribue aux frais et aux honoraires de son expert. Les frais et les honoraires du troisième expert, ainsi que les frais de sa désignation, sont divisés en deux moitiés. Les experts sont déchargés de toute formalité judiciaire. Leur décision est souveraine et irrévocable.

Article 17. Protection de la vie privée:

Responsable du traitement des données

Inter Partner Assistance, S.A. dont le siège social est établi 166, avenue Louise, à 1050 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0415.591.055 (ci-après dénommée « Inter Partner Assistance »).

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par Inter Partner Assistance 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 Inter Partner Assistance pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes
- la gestion du contrat d'assurance
- le service à la clientèle
- la gestion de la relation entre Inter Partner Assistance et l'intermédiaire d'assurances
- la détection, prévention et lutte contre la fraude
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
- la surveillance du portefeuille
- les études statistiques

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, co-assureurs, 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 Inter Partner Assistance peut être amenée à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

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 Inter Partner Assistance direct peuvent être communiquées à d'autres entreprises du Groupe AXA et à des entreprises en relation avec Inter Partner Assistance et/ou à l'intermédiaire d'assurances aux fins de leur propre marketing direct ou à des fins d'opérations communes de marketing direct (actions commerciales, publicités personnalisées, profilage, couplage de données, notoriété, ...), 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 d'Inter Partner Assistance, des autres entreprises du Groupe AXA et/ou de l'intermédiaire d'assurances.

Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes d'Inter Partner Assistance consistant dans le développement de son 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, Inter Partner Assistance 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 Inter Partner Assistance pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande à Inter Partner Assistance à l'adresse indiquée ci-dessous ('Contacter Inter Partner Assistance').

Traitement des données relatives à la santé

Inter Partner Assistance garantit le respect des règles spécifiques applicables au traitement des données relatives à la santé des personnes concernées, en prenant toutes les mesures techniques et organisationnelles requises à cette fin.

- Le traitement de ces données n'est réalisé que sur la base du consentement exprès et écrit de la personne concernée ou, lorsqu'elle est physiquement ou juridiquement incapable de donner son consentement, en vue de préserver les intérêts vitaux de celle-ci.
- Le traitement de ces données est effectué sous la surveillance de médecins (médecins-conseils), soumis au secret médical, par des collaborateurs d'Inter Partner Assistance spécialement désignés à cette fin.
- Les certificats médicaux et les autres documents reprenant ces données, qui sont nécessaires à la négociation, à la conclusion ou à l'exécution du contrat, en ce compris la gestion des sinistres, ne sont remis qu'aux médecins-conseils d'Inter Partner Assistance. Ces médecins-conseils ne communiquent, pour leur part, à Inter Partner Assistance ou aux personnes strictement désignées à cette fin que les données relatives à l'état de santé actuel des personnes concernées et qui sont strictement pertinentes eu égard au risque pour lequel ces documents ont été établis.

- Le transfert de ces données n'est effectué que dans la mesure où il s'avère nécessaire et où les destinataires présentent les garanties suffisantes pour assurer le respect des règles spécifiques à leur traitement. Préalablement à ce transfert, Inter Partner Assistance veille à les minimiser, les pseudonymiser ou, le cas échéant, à les anonymiser.

Conservation des données

Inter Partner Assistance 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.

Inter Partner Assistance conserve les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles Inter Partner Assistance 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 qu'Inter Partner Assistance 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

Inter Partner Assistance 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.

À cette fin, Inter Partner Assistance 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 d'Inter Partner Assistance 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 d'Inter Partner Assistance. 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 d'Inter Partner Assistance, d'exprimer son point de vue et de contester la décision d'Inter Partner Assistance ;
- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies à Inter Partner Assistance, 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 Inter Partner Assistance

La personne concernée peut contacter Inter Partner Assistance pour exercer ses droits aux adresses suivantes, accompagné d'une photocopie recto verso de la carte d'identité :

- par courrier postal : Inter Partner Assistance - Data Protection Officer, avenue Louise 166, 1050 Bruxelles
- par courrier électronique : dpo.BNL@axa-assistance.com

Inter Partner 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 qu'Inter Partner Assistance ne respecte pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter Inter Partner Assistance en priorité.

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.

Article 18. Droit applicable:

Ce contrat d'assurance est régi par la Loi concernant les assurances du 4 avril 2014.