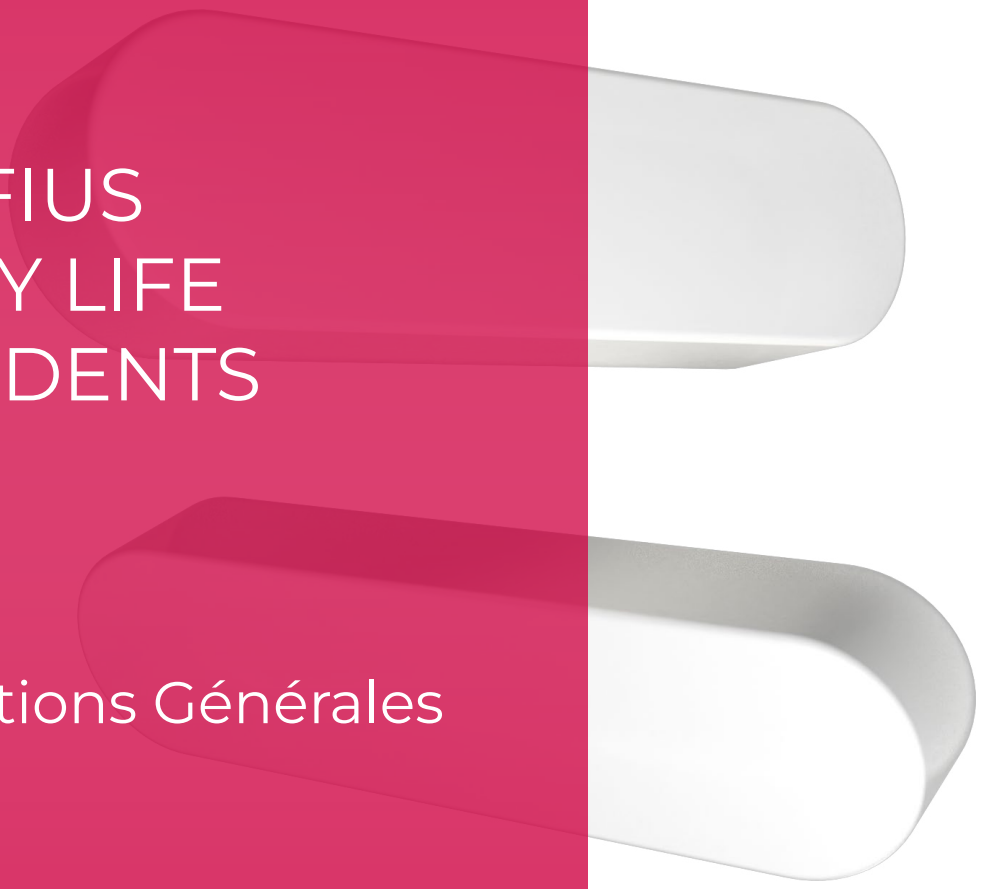
BELFIUS DAILY LIFE ACCIDENTS



Conditions Générales

Belfius

TABLE DES MATIÈRES

QUI EST QUI? 3

Chapitre 1: Dispositions générales 3

ARTICLE 1 - QUI EST ASSURE? 3

ARTICLE 2 - QUE GARANTISSONS-NOUS? 3

ARTICLE 3 - OÙ CETTE ASSURANCE EST ELLE APPLICABLE? 3

Chapitre 2: Garanties 3

ARTICLE 4 - DECES 3

ARTICLE 5 - INVALIDITE PERMANENTE 4

ARTICLE 6 - FRAIS DE TRAITEMENT 4

ARTICLE 7 - FRAIS SUPPLEMENTAIRES SUITE A UNE INCAPACITE 4

ARTICLE 8 - ASSISTANCE ACCIDENT VIE PRIVÉE 4

ARTICLE 9 - EXCLUSIONS 6

Chapitre 3 : Dispositions administratives 7

ARTICLE 10 - COMMENT EVOLUE CE CONTRAT? 7

ARTICLE 11 - QU'EN EST-IL DU PAIEMENT DE LA PRIME? 8

ARTICLE 12 - QU'EN EST-IL EN CAS DE MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET/OU DU TARIF? 8

ARTICLE 13 - COMMENT CE CONTRAT EST-IL INDEXE? 9

ARTICLE 14 - QUE DOIT FAIRE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE? 9

ARTICLE 15 - COMMENT SE DEROULE LE REGLEMENT D'UN SINISTRE? 9

ARTICLE 16 - DROIT ET JURIDICTION APPLICABLES 10

ARTICLE 17 - CORRESPONDANCE 10

ARTICLE 18 - HIÉRARCHIE DES CONDITIONS 10

ARTICLE 19 - DÉLAI DE PRESCRIPTION 10

ARTICLE 20 - PLAINTES 10

ARTICLE 21 - VENTE À DISTANCE : DROIT DE RÉTRACTATION 10

ARTICLE 22 - RESPONSABILITÉ DES AUXILIAIRES 11

ARTICLE 23 - INTÉRÊTS DE RETARD ET INDEMNITÉ FORFAITAIRE EN CAS DE NON-PAIEMENT D'UNE DETTE 11

LEXIQUE 12

QUI EST QUI?

- **VOUS**: le preneur d'assurance, c'est-à-dire la personne physique qui conclut ce contrat.
- **NOUS**: Belfius Insurance SA, Place Charles Rogier 11 - 1210 Bruxelles, agréée sous le numéro de code 0037, RPM Bruxelles TVA BE 0405.764.064, IBAN BE72 0910 1224 0116, BIC GKCCBEBB, la compagnie d'assurances auprès de laquelle vous souscrivez ce contrat.
- **LA CENTRALE D'ASSISTANCE**: le prestataire choisi par Belfius Insurance SA pour exécuter toutes les prestations relatives à la garantie Assistance Accident Vie Privée.
- **ASSURE(S)**: les personnes qui bénéficient des assurances prévues dans ce contrat. Ces personnes diffèrent en fonction du titre de ce contrat.
- **TIERS**: toute autre personne que l' (les) assuré (s), sauf stipulation contraire dans ce contrat.

Chapitre 1: Dispositions générales

ARTICLE 1 QUI EST ASSURE?

Nous considérons comme assurés, c'est-à-dire comme personnes sur lesquelles repose le risque d'*accident*, le preneur d'assurance et les personnes vivant à son foyer, même lorsqu'elles sont temporairement éloignées du foyer pour des motifs d'études, de loisir, de santé ou professionnels.
Les personnes qui exercent à titre principal une activité d'indépendant n'ont pas la qualité d'assuré.
Selon le choix mentionné en conditions particulières, l'assurance porte soit exclusivement sur les enfants du preneur ou de son conjoint ou partenaire cohabitant (option "Enfants"), soit sur l'ensemble des personnes précitées (autres options).
Lorsque les personnes assurées mentionnées en conditions particulières incluent des enfants, tout enfant du preneur d'assurance ou de son conjoint ou partenaire cohabitant, qui ne vit pas au foyer du preneur, est assuré à titre supplétif jusqu'à sa majorité, voire aussi longtemps qu'il donne droit à des allocations familiales en raison de la fréquentation d'un établissement scolaire ou universitaire.
Par extension, les petits-enfants du preneur, ou de son conjoint ou partenaire cohabitant ont automatiquement la qualité d'assuré jusqu'à leur majorité, mais uniquement lorsqu'ils sont sous la surveillance du preneur ou de son conjoint ou partenaire cohabitant.

ARTICLE 2 QUE GARANTISSONS-NOUS?

Nous garantissons le versement de l'indemnité convenue en cas d'*accident* corporel survenu à l'assuré dans sa vie privée c'est-à-dire en dehors de toute activité rémunérée.
Par *accident* corporel, il faut comprendre un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de l'assuré et qui entraîne une lésion corporelle ou la mort.

Nous couvrons les dommages causés par le *terrorisme* selon les modalités et dans les limites prévues par la loi du 3 mai 2024 et ses arrêtés d'exécution relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de *terrorisme* et à l'assurance contre les dommages causés par le *terrorisme*. À cet effet, nous sommes membres de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances, membres de cette ASBL, est limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du *terrorisme* pendant l'année civile en question. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire. Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

ARTICLE 3 OÙ CETTE ASSURANCE EST ELLE APPLICABLE?

Cette assurance est applicable dans le monde entier.

Chapitre 2: Garanties

ARTICLE 4 DECES

Si l'assuré décède à la suite d'un *accident* corporel au plus tard dans les trois ans qui suivent celui-ci, nous payons l'indemnité convenue au conjoint non divorcé, ni séparé de corps et de biens, ni séparé de fait, ou, à défaut, aux héritiers légitimes jusqu'au quatrième degré inclus, à moins qu'un autre bénéficiaire n'ait été désigné.
Lorsque l'assuré ne laisse aucun bénéficiaire ou lorsqu'il n'a pas atteint l'âge de 5 ans ou qu'il a atteint l'âge de 75 ans, le versement de l'indemnité de décès est remplacé par la prise en charge des frais funéraires avec un maximum de 2.500 EUR ou 10 % du capital décès si ce montant est supérieur.
Les indemnités accordées en cas de décès et d'invalidité permanente ne peuvent être cumulées. Ainsi les indemnités éventuellement payées en cas

d'invalidité permanente sont toujours déduites de celles exigibles en cas de décès dû au même *accident*.
Lorsque le montant de l'indemnité versée à titre d'invalidité permanente dépasse le montant de l'indemnité à titre de décès, l'indemnité déjà versée à titre d'invalidité permanente reste définitivement acquise à l'assuré.

ARTICLE 5
INVALIDITE PERMANENTE

En cas d'invalidité permanente causée par un *accident* corporel, nous versons à l'assuré une indemnité fixée par notre médecin-conseil sur base du degré d'invalidité prévu au Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) en vigueur au moment de la consolidation sans tenir compte de la profession exercée par l'assuré.
Le taux d'invalidité permanente sera établi sur base de l'invalidité globale, déduction faite du degré d'invalidité préexistant. Il ne pourra jamais dépasser les 100 %.
Si le taux est inférieur à 5 %, aucune indemnité n'est due. Au-delà de ce seuil, l'indemnité est calculée au premier % comme suit:

- pour la part ne dépassant pas 25 %, sur base du montant assuré;
- pour la part au-delà de 25 % et jusqu'à 50 % inclus, sur base du triple du montant assuré;
- pour la part au-delà de 50 %, sur base du quintuple du montant assuré.

Ex.: un taux de 20 % entraînera une indemnité de 20 % de la somme assurée;
un taux de 50 %, 100 % de la somme assurée;
un taux de 80 %, 250 % de la somme assurée;
un taux de 100 %, 350 % de la somme assurée.
Lorsque l'assuré a atteint l'âge de 75 ans, cette règle cumulative n'est pas d'application et l'indemnité est toujours calculée sur base du montant assuré dès que le seuil est atteint.
L'invalidité est déterminée au moment de la consolidation des lésions mais au plus tard trois ans après le jour de l'*accident*.
Si l'état de l'assuré ne permet pas la consolidation au plus tard un an après le jour de l'*accident*, nous payons sur demande une provision qui sera égale à la moitié du montant correspondant à l'invalidité permanente prévue, sans pouvoir excéder l'indemnité convenue en cas de décès. Cette provision est acquise définitivement à l'assuré quel que soit le degré d'invalidité définitif fixé par après.

ARTICLE 6
FRAIS DE TRAITEMENT

Lorsque l'assuré encourt, à la suite d'un *accident* corporel, des lésions nécessitant un traitement médical ou paramédical, nous lui remboursons, à concurrence du montant renseigné en conditions particulières, tous les frais pour les traitements prestés ou prescrits par un médecin et indispensables à sa guérison, que l'*accident* entraîne ou non une incapacité temporaire de travail, avec ou sans hospitalisation.
Si l'assuré a atteint l'âge de 75 ans, le plafond renseigné en conditions particulières est doublé.
Sont également compris dans le montant assuré pour cette garantie:

- les frais de chirurgie plastique consécutifs à un *accident* couvert;
- les frais de première prothèse et orthopédie, ainsi que les frais de prothèse et d'orthopédie provisoires;
- les frais de transport requis médicalement en vue d'une admission, d'un transfert ou d'une sortie d'hôpital;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle en Belgique;
- les frais de recherche et de sauvetage de l'assuré;
- les dégâts occasionnés aux vêtements que l'assuré portait sur lui au moment de l'*accident*.

Ce remboursement a lieu jusqu'à la consolidation des lésions corporelles, et ce pendant maximum trois ans à compter du jour de l'*accident*, sous déduction des indemnités auxquelles l'assuré a droit auprès des organismes de sécurité sociale ou en vertu de toute assurance de même nature.
Dans le cas où l'assuré n'est pas en règle avec la sécurité sociale, nous limitons notre intervention en déduisant du total des frais engagés, la part qui aurait été prise en charge par la sécurité sociale si l'assuré avait été en règle.

ARTICLE 7
FRAIS SUPPLEMENTAIRES SUITE A UNE INCAPACITE

Lorsque, en raison de l'*accident* corporel, l'assuré est dans l'incapacité d'exercer des tâches qu'il accomplissait habituellement avant l'accident et qu'aucune alternative n'existe au sein du ménage de l'assuré, nous couvrons les frais supplémentaires exposés en vue:

- de travaux ménagers;
- du rattrapage scolaire;
- de déplacements divers;
- du gardiennage d'enfants ou d'animaux faisant partie du ménage de l'assuré;
- de l'accompagnement des personnes dépendantes faisant partie du ménage;

à concurrence du montant précisé en conditions particulières.

ARTICLE 8
ASSISTANCE ACCIDENT VIE PRIVÉE

1. QUELS SERVICES OFFRONS-NOUS À L'ASSURÉ INDÉPENDAMMENT DE TOUT SINISTRE?

1. L'assuré peut, 7 jours sur 7 et de 07 à 20 heures, s'adresser au numéro 02/286.70.00 pour obtenir tous types d'informations concernant les services d'aide et de soins à domicile, la télé vigilance, la location d'équipements médicaux, les centres de convalescence et de revalidation, les maisons de repos, les pharmaciens et médecins de garde, le déménagement, etc.

2. En cas de profond changement de la situation familiale (naissance multiple, hospitalisation de plus de 30 jours de personnes âgées ou décès du partenaire) et en vue de prévenir les accidents domestiques, notre Centrale d'assistance organise:
   - la visite du domicile assuré afin de repérer les dangers potentiels d'accidents;
   - la rédaction d'un rapport reprenant les aménagements recommandés.

   Cette intervention est garantie jusqu'à concurrence de 1.000 EUR.

2. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE?

1. L'assuré doit prendre contact le plus rapidement possible avec la centrale d'assistance au numéro de téléphone 02/286.70.00, disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, pour une assistance immédiate.
2. L'assuré communique ses nom, prénom, adresse, numéro de police, le numéro de téléphone où nous pouvons le contacter ainsi qu'une description précise de la cause, des circonstances et des conséquences du sinistre.

3. QUELLES SONT LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCORDÉES APRÈS SINISTRE?

1. La centrale d'assistance organise à nos frais:
   - le transport ou le rapatriement de l'assuré depuis le lieu où il est immobilisé ou hospitalisé vers son domicile, l'hôpital le plus proche possible de son domicile ou l'hôpital le mieux équipé pour le soigner;
   - lorsque l'*accident* survient au cours d'un déplacement à l'étranger, le contact téléphonique avec notre médecin en Belgique afin de discuter avec lui, dans la langue de ce contrat, de son état de santé et des mesures éventuelles à suivre.
2. Complémentairement aux prestations financières énoncées à l'article 7 et accordées en cas d'incapacité, vous pouvez faire appel à la centrale d'assistance dans les 12 mois qui suivent la date de l'*accident* pour l'organisation de:
   - l'assistance médicale y compris les soins et l'aide à domicile, la location du matériel médical nécessaire voire d'un appareil de télé vigilance;
   - la livraison de repas à domicile, de médicaments et de messages, le déplacement d'un coiffeur, pédicure ou d'autres prestataires de soins, les frais de ces prestations restant à charge de l'assuré;
   - le transport de l'assuré, par exemple par la mise à disposition d'un chauffeur privé dans la semaine suivant le retour à la maison;
   - l'assistance d'un professeur privé;
   - l'assistance administrative, à savoir, la fourniture d'informations sur les instances compétentes;
   - la garde des animaux domestiques (chiens et chats uniquement);
   - les prestations suivantes en remplacement des tâches habituellement exercées par l'assuré lorsqu'aucune alternative n'existe au sein du ménage de l'assuré;
   - l'assistance d'une aide-ménagère;
   - l'assistance d'une gardienne d'enfants;
   - le transport des enfants;
   - l'accompagnement le plus adéquat, y compris par télé vigilance, des personnes dépendantes faisant partie du ménage de l'assuré.

   Cette intervention est limitée au montant assuré, renseigné en conditions particulières, au titre de la garantie "Frais supplémentaires suite à une incapacité".
3. En cas d'invalidité permanente de minimum 5 % affectant la mobilité de l'assuré, vous pouvez faire appel à la centrale d'assistance dans l'année qui suit la constatation de l'invalidité permanente pour l'organisation de:
   - la visite de spécialistes afin de réaliser un audit du domicile assuré, l'assistance dans la gestion des travaux d'aménagement et l'assistance dans la recherche de financement auprès des institutions privées ou publiques;
   - l'assistance dans la recherche d'un véhicule adapté;
   - l'assistance pour la réinsertion professionnelle;
   - l'assistance psychologique nécessaire pour autant que cette assistance soit prescrite par un médecin. Notre prise en charge est limitée à 5 cessions chez un psychologue reconnu en Belgique;
   - la recherche d'un nouveau logement, d'une maison de repos ou d'institutions adaptées pour les personnes dépendantes du ménage de l'assuré.

   Cette intervention est garantie jusqu'à concurrence d'un montant total de 2.500 EUR.
4. En cas de décès d'un assuré, vous pouvez faire appel à la centrale d'assistance pour:
   - l'organisation des funérailles y compris le rapatriement de la dépouille mortelle vers le lieu d'inhumation en Belgique;
   - une assistance administrative et juridique dans les formalités administratives liées au décès;
   - la fourniture de l'assistance psychologique nécessaire pour autant que cette assistance soit prescrite par un médecin. Notre prise en charge est limitée à 5 cessions chez un psychologue reconnu en Belgique;
   - la recherche, pendant une période de 3 mois suivant le décès de l'assuré, d'un nouveau logement, d'une maison de repos ou d'institutions, adaptés à la nouvelle situation familiale, pour les membres du ménage qui dépendent de l'assuré.

4. REMARQUES GÉNÉRALES

1. S'il s'avère que l'événement, qui a donné lieu aux pres-tations précédemment énoncées n'est pas un sinistre couvert, nous demanderons à l'assuré le remboursement des frais engagés.
2. Les services et prestations garantis doivent toujours être réglés par nos soins. Dans le cas contraire, ceux-ci ne donneront pas par la suite droit à un quelconque remboursement ou à une quelconque compensation. Si la Centrale d'assistance autorise l'assuré à exposer lui-même les frais des prestations garanties, ceux-ci lui seront remboursés sur la présentation des justificatifs originaux qui doivent nous être envoyés.

3. Les services et prestations qui n'ont pas été demandés ou qui ont été déclinés par l'assuré ne donnent jamais droit a posteriori à un remboursement ou à une indemnisation compensatoire mais entrent éventuellement en considération pour les indemnités complémentaires prévues à l'article 7.

ARTICLE 9
EXCLUSIONS

Sont exclus, les accidents:

1. survenus durant une activité professionnelle;
2. survenus alors que l'assuré conduit une moto de plus de 50 cc ou pilote un véhicule aérien ou un speed boat;
3. dont les dommages corporels donnent déjà droit à une indemnisation sur base d'une législation belge ou de dispositions analogues de droit étranger. Sont notamment visés:
   - l'article 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs (protection des usages faibles tels que piétons, cyclistes, cavaliers, passagers, impliqués dans un *accident* avec un véhicule automoteur);
   - la loi du 30 juillet 1979 relative aux incendies et explosions survenant dans les établissements accessibles au public;
   - la loi du 3 juillet 2005 relative aux droit des volontaires
   - la législation relative aux accidents du travail;
   - la loi du 1 août 1985 relative aux victimes d'actes intentionnels de violence.

   Nous accordons néanmoins notre assistance administrative à l'assuré pour l'accomplissement des formalités nécessaires à l'obtention d'une indemnisation de tels dommages corporels survenus dans la cadre de la vie privée.
4. survenus à l'assuré lorsque celui-ci se trouve dans un état de déséquilibre mental, d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants. Toutefois, nous indemnisons les dommages en l'absence de lien causal entre ces circonstances et le dommage;
5. causés ou aggravés intentionnellement par le preneur d'assurance, l'assuré ou un bénéficiaire;
6. qui est la conséquence, soit de paris, de défis ou d'une exposition volontaire à un danger démesuré, sauf dans le but de sauver des vies humaines, soit d'un acte criminel de la part de l'assuré;
7. survenus en cas de mobilisation ou causés par un fait de guerre, une guerre civile, une émeute, une insurrection ou un état de siège, cette exclusion ne s'appliquant pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quatorze jours qui suivent le début des hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par ces événements;
8. causés directement ou indirectement par un tremblement de terre ou un raz-de-marée, sauf durant un séjour temporaire à l'étranger, par une modification de structure du noyau atomique ou par toute source de radiations ionisantes. Les irradiations exigées médicalement suite à un *accident* couvert restent assurées.

Sont également exclus :

1. la survenance d'un *accident* ou l'aggravation de ses conséquences en raison de lésions ou maladies préexistantes ainsi que les aggravations qui résulteraient de la négligence de l'assuré à suivre un traitement médical régulier;
2. le suicide ou la tentative de suicide;
3. la pratique lucrative des sports, le simple défraiement n'étant pas assimilé à une rémunération; la pratique des sports de combat, des sports aériens ou d'escalade, de la spéléologie, du bobsleigh, des sauts à ski, du steeple-chase ou de la plongée sous-marine avec appareil autonome;
4. la participation (entraînements et essais préparatoires compris) à des courses avec véhicules automoteurs.

Chapitre 3 : Dispositions administratives

ARTICLE 10 COMMENT EVOLUE CE CONTRAT?

1. CONCLUSION DE CE CONTRAT ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat se forme dès que nous recevons l'exemplaire des conditions particulières nous étant destiné et signé par vous. Les garanties de ce contrat prennent effet à la date indiquée dans les conditions particulières à 00.00 heure et, dans tous les cas, au plus tôt le jour du paiement de la première prime.

2. DURÉE DE CE CONTRAT

Le présent contrat d'assurance est conclu pour une durée d'un an. Il est tacitement reconduit par périodes successives d'un an, sauf si vous vous y opposez au moins deux mois avant l'échéance annuelle ou que nous nous y opposons au moins trois mois avant l'échéance annuelle.

3. VOS OBLIGATIONS DE DÉCLARATION RELATIVES À CE CONTRAT

A la conclusion du contrat, vous êtes tenu de nous déclarer toutes les circonstances dont vous pouvez raisonnablement estimer qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque.
Vous êtes, entre autre, tenu à la conclusion du contrat, de nous informer de toutes autres assurances garantissant les mêmes risques que ceux assurés par ce contrat.
En cours de contrat, vous êtes tenu de nous déclarer dans les meilleurs délais toute circonstance nouvelle et tout changement susceptibles d'entraîner une modification sensible et durable des éléments d'appréciation du risque.
En cas d'omission ou d'inexactitude involontaires dans la déclaration, nous vous proposerons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude du risque ou l'aggravation de celui-ci en cours de contrat, l'adaptation du contrat avec effet :

- en cas d'omission ou inexactitude: au jour où nous en avons eu connaissance;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat: rétroactif au jour de l'aggravation du risque.

Nous pourrons résilier le contrat, dans le même délai d'un mois, si nous apportons la preuve que nous n'aurions jamais assuré un tel risque.
Vous êtes libre d'accepter la proposition d'adaptation du contrat.
Si la proposition d'adaptation du contrat d'assurance est refusée par vous ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les quinze jours.
Si un sinistre se produit avant l'entrée en vigueur de l'adaptation ou de la résiliation du contrat, nous accorderons les prestations convenues à condition que vous ayez respecté scrupuleusement votre obligation de déclaration. Dans le cas contraire, nous pouvons limiter nos prestations au rapport existant entre la prime payée et celle que vous auriez dû payer si nous avions été informés correctement.
Toutefois, si nous pouvons apporter la preuve que nous n'aurions jamais assuré un tel risque, nous pourrons limiter notre prestation au remboursement de toutes les primes.
En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la déclaration (de l'aggravation) du risque, l'assurance sera nulle et les primes payées, au moment où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, nous seront acquises.
Lorsque, en cours de contrat, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous accorderons une diminution de la prime à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.
Si nous ne parvenons pas à un accord avec vous sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de votre demande de diminution, vous pourriez résilier le contrat.

4. FIN DE CE CONTRAT

1. Cessation par résiliation

a. Quand ce contrat peut-il être résilié?

Vous pouvez résilier ce contrat:

- au plus tard 2 mois avant l'échéance annuelle;
- au terme de la première année, à tout moment moyennant un préavis de deux mois;
- en cas de modification des conditions d'assurance suite à une modification du risque et/ou du tarif;
- après la survenance d'un sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité;
- en cas de diminution du risque en cours de contrat.

b. Quand pouvons-nous résilier ce contrat?

- à la fin de chaque période d'assurance;
- lorsque s'écoule un délai de plus d'un an entre la date de la conclusion de ce contrat et celle de son entrée en vigueur, moyennant signification de la résiliation au plus tard 3 mois avant l'entrée en vigueur de ce contrat;
- après la survenance d'un sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement d'indemnité;
- en cas de non paiement de la prime- en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles de données concernant le risque à la conclusion de ce contrat ou l'aggravation du risque en cours de ce contrat.

c. Comment ce contrat est-il résilié?

Sauf stipulation de modalités de résiliation spécifiques dans ce contrat, la résiliation se fait comme suit:

- le contrat peut être résilié par vous ou par nous par envoi recommandé à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé;
- le délai de résiliation n'a d'effet:
  - qu'à compter du lendemain de son dépôt à la poste dans le cas d'un envoi recommandé;
  - qu'à compter du lendemain de la signification dans le cas d'un exploit d'huissier;
  - qu'à compter du lendemain de la date du récépissé dans le cas d'une remise contre récépissé;
- la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration du délai mentionné dans l'envoi recommandé, l'exploit d'huissier ou la lettre de résiliation.

2. Cessation par décès

Si vous décédez:

- ce contrat est transféré à vos héritiers ou à vos ayant-droits;
- les héritiers et ayant-droits peuvent résilier ce contrat par envoi recommandé à la poste dans les 3 mois et 40 jours après votre décès en respectant un préavis de 3 mois;
- nous pouvons résilier ce contrat par envoi recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé dans les 3 mois du jour où nous avons eu connaissance de votre décès.

3. Cessation par faillite

En cas de faillite, ce contrat subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers nous du montant des primes à échoir à partir de la déclaration de faillite.
Le curateur de la faillite et nous avons néanmoins le droit de résilier ce contrat. Le curateur de la faillite ne peut résilier ce contrat que dans les 3 mois après la déclaration de faillite.
Notre résiliation ne peut se faire au plus tôt que 3 mois après la déclaration de faillite.

ARTICLE 11
QU'EN EST-IL DU PAIEMENT DE LA PRIME?

1. COMMENT S'OPÈRE LE PAIEMENT DE LA PRIME?

La prime est annuelle et quérable. Elle est payable par anticipation sur présentation de la quittance ou à la réception de l'avis d'échéance.
La prime est augmentée de la taxe annuelle sur les contrats d'assurances et des cotisations éventuelles. Toute taxe, cotisation ou tout prélèvement sous quelque appellation que ce soit, prélevé par quelque autorité que ce soit dans le chef des primes encaissées ou des montants assurés, sont intégralement à votre charge. Il sera tenu compte de ce qui sera prévu par des dispositions légales futures.

2. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE RESPECTEZ PAS CETTE OBLIGATION?

A défaut de paiement de la prime à l'échéance, nous pourrons suspendre la garantie d'assurance ou résilier le contrat, après vous avoir mis en demeure par exploit de huissier ou par envoi recommandé.
La suspension ou la résiliation prendra effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à dater du lendemain de la signification ou du dépôt de l'envoi recommandé à la poste.
Cette mise en demeure ne porte pas préjudice à la garantie relative à un événement assuré survenu dans la période précédant la suspension ou la résiliation.
La suspension de la garantie prendra fin dès que vous aurez payé les primes échues.
Si nous n'avons pas notifié la résiliation du contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle mise en demeure faite conformément aux deux premiers alinéas.
La suspension de la garantie ne porte pas préjudice à notre droit de réclamer les primes à échoir ultérieurement, à condition que vous ayez été mis en demeure de payer conformément au premier alinéa. Notre droit se limite toutefois aux primes de deux années consécutives.

ARTICLE 12
QU'EN EST-IL EN CAS DE MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET/OU DU TARIF?

1. Lorsque nous modifions le tarif et pour autant que nous vous ayons notifié cette adaptation:
   - par lettre ordinaire au moins 4 mois avant l'échéance principale annuelle, vous pouvez résilier ce contrat au plus tard 3 mois avant l'échéance principale annuelle;
   - sur l'avis d'échéance ou par lettre ordinaire moins de 4 mois avant l'échéance principale annuelle, vous pouvez résilier ce contrat au plus tard 3 mois après la notification de l'adaptation.
2. Lorsque nous modifions les conditions générales et le tarif et pour autant que nous vous ayons notifié cette adaptation au moins 90 jours avant l'échéance principale annuelle, vous pouvez résilier ce contrat au plus tard 30 jours après la notification de l'adaptation.
3. Lorsque vous faites usage de votre faculté de résiliation, le contrat prendra fin 30 jours après votre demande écrite mais au plus tôt à l'échéance principale à laquelle les modifications auraient dû entrer en vigueur.
4. Vous ne bénéficiez toutefois pas de cette faculté de résiliation lorsque la modification des conditions d'assurance et/ou du tarif résulte d'une adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

ARTICLE 13
COMMENT CE CONTRAT EST-IL INDEXE?

Les montants assurés, les primes, le seuil d'intervention et la franchise ne sont pas indexés.

ARTICLE 14
QUE DOIT FAIRE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE?

1. DÉCLARER LE SINISTRE

L'assuré ou le bénéficiaire en cas de décès doit nous déclarer le sinistre le plus rapidement possible après sa survenance et au plus tard dans les 8 jours.
La déclaration du sinistre doit:

- mentionner la date, le lieu, les causes, les circonstances et les conséquences probables du sinistre, ainsi que tous les autres contrats d'assurances garantissant les mêmes risques;
- être accompagnée d'une attestation médicale mentionnant les lésions corporelles et, le cas échéant, les périodes et pourcentage d'incapacité.

L'assuré ou le bénéficiaire en cas de décès doit nous fournir sans retard tous les renseignements et documents utiles, répondre à toutes les questions qui lui sont posées et entreprendre les démarches afin de nous permettre de déterminer les circonstances, de fixer l'étendue des lésions corporelles et d'exercer un recours contre un éventuel tiers responsable. Ainsi, il ne peut refuser de recevoir nos délégués et il doit leur fournir tous les renseignements souhaités.
Nous pouvons limiter notre intervention si nous démontrons que le non-respect de ces obligations nous a causé préjudice.

2. LIMITER LES DOMMAGES

L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou atténuer les conséquences du sinistre. Ainsi, il doit consulter immédiatement un médecin et suivre les traitements médicaux et paramédicaux prescrits jusqu'à la guérison. Il a le libre choix du médecin. Nous ne répondons pas de l'aggravation des conséquences d'un sinistre lorsque celle-ci découle d'une intervention médicale tardive, due à l'assuré ou au bénéficiaire en cas de décès, ou d'un refus de la part de l'assuré de suivre le traitement prescrit. Il s'engage en outre à effectuer en Belgique et à l'étranger toutes les démarches nécessaires au recouvrement de ses frais médicaux auprès des organismes de sécurité sociale ou analogues tels l'assurance maladie-invalidité et l'assurance des Accidents du travail.

3. SE SOUMETTRE À TOUT CONTRÔLE MÉDICAL

L'assuré doit immédiatement donner suite à chaque convocation de notre médecin-conseil à un examen médical. En outre, il doit donner l'autorisation à son médecin traitant de répondre aux questions de notre médecin-conseil.
Lorsque notre médecin-conseil, en cas de décès de l'assuré, estime qu'un examen post-mortem est nécessaire afin de pouvoir constater la cause précise du décès, le bénéficiaire doit tout mettre en œuvre pour faire procéder sans retard à cet examen. Lorsqu'il s'y oppose, il perd toute revendication à une indemnité. Les frais de cet examen post-mortem sont à notre charge.
Que se passe-t-il si l'assuré ne respecte pas ses obligations?
Si l'assuré ne respecte pas une des obligations précitées:

- sans intention frauduleuse, nous pouvons réduire ou récupérer l'indemnité à concurrence du préjudice que nous avons subi;
- avec intention frauduleuse, nous pouvons même refuser toute intervention ou récupérer l'indemnité qui aurait déjà été payée.

ARTICLE 15
COMMENT SE DEROULE LE REGLEMENT D'UN SINISTRE?

1. METHODE DE FIXATION DE L'INDEMNITE

Les indemnités sont établies après que les documents justificatifs aient été transmis et que les formalités requises aient été remplies. Les données médicales sont traitées par notre médecin-conseil. Lorsque les conséquences d'un ***accident*** sont aggravées par des circonstances indépendantes de l'***accident***, telles que des infirmités ou maladies préexistantes, l'indemnité due ne peut être supérieure à celle qui aurait été due s'il n'y avait pas eu ces éléments aggravants. Ainsi l'indemnité correspondra uniquement aux conséquences que l'***accident*** aurait eues sur un organisme sain.
L'indemnité due en raison du décès ou d'une invalidité permanente encourue par l'assuré est fixée sur base des sommes assurées renseignées en conditions particulières selon les modalités reprises dans les articles ci-dessus.
L'indemnité relative aux garanties "Frais de traitement" et "Frais supplémentaires suite à une incapacité" se base sur les documents justifiants les frais exposés dont vous n'avez pu obtenir le remboursement par qui que ce soit. Nous remboursons alors le solde, sous déduction d'une franchise de 50 EUR, jusqu'à concurrence des montants renseignés en conditions particulières.

2. REGLE PROPORTIONNELLE

Si en raison de modifications intervenues dans la composition de votre ménage ou à une communication erronée à la souscription ou en cours de contrat, la situation au moment du sinistre ne correspond pas à celle mentionnée en conditions particulières, nous appliquons la ***règle proportionnelle*** de primes.
L'indemnité est dès lors réduite ou augmentée en fonction du rapport existant entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée en fonction de la situation au moment du sinistre étant entendu que l'indemnité relative aux garanties "Frais de traitement" et "Frais supplémentaires suite à une incapacité" ne pourra jamais dépassé le montant réellement supporté par l'assuré.
Pour l'application de cette règle, il n'est tenu compte

que des situations familiales suivantes:
- isolé: un adulte;
- partenaires: deux adultes sans enfant(s);
- famille: plusieurs adultes avec enfant(s) ou plus de deux adultes sans enfant(s);
- famille monoparentale: un adulte avec enfant(s).

La présence d'enfant(s) est donc prise en considération mais pas leur nombre. Un enfant est une personne de moins de 18 ans ou qui donne encore droit à des allocations familiales en raison de la fréquentation d'un établissement scolaire ou universitaire.

3. PAIEMENT DE L'INDEMNITE

L'indemnité est versée au plus tard 30 jours après que son montant ait été établi.

4. CONTESTATION D'ORDRE MEDICAL

Lorsque l'assuré ou le bénéficiaire en cas de décès conteste les conclusions médicales de notre médecin-conseil relatives aux causes du décès ou des lésions, au degré d'invalidité ou à la durée d'incapacité, une expertise médicale à l'amiable est organisée.
A cet effet, chaque partie désigne son propre médecin. A défaut d'accord entre eux, ils désignent un troisième médecin, dont l'avis sera déterminant.
Si l'une des parties ne désigne pas de médecin ou si les deux médecins ne s'entendent pas quant au choix du troisième médecin, celui-ci sera désigné à la demande de la partie la plus diligente par le tribunal de première instance du lieu du domicile de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son propre médecin. Les honoraires et les frais réclamés par le troisième médecin, y compris les frais de sa désignation, de même que les frais et les honoraires des spécialistes éventuellement consultés à la demande des médecins, sont partagés par moitié entre les deux parties.

5. SUBROGATION ET DROIT DE RECOURS

Nous sommes subrogés à concurrence de nos débours dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès contre le tiers qui est responsable du sinistre.
La subrogation ne peut porter préjudice à l'assuré ou au bénéficiaire en cas de décès, partiellement indemnisé.
Dans ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, par priorité sur nous.Nous nous engageons à ne pas exercer un recours contre le conjoint et les parents et alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnesvivant à son foyer, ses hôtes et son personnel domestique, sauf en cas de malveillance ou lorsque leur responsabilité est effectivement garantiepar un contrat d'assurance.

ARTICLE 16
DROIT ET JURIDICTION APPLICABLES

Tout litige auquel ce contrat pourrait donner lieu est de la compétence exclusive des tribunaux belges.

ARTICLE 17
CORRESPONDANCE

Pour être valables, les communications et notifications:
- qui vous sont destinées, doivent être envoyées par nous, à votre dernière adresse connue. Vous vous engagez à nous communiquer immédiatement tout changement d'adresse;
- qui nous sont destinées, doivent être envoyées par vous à l'adresse de notre siège social.

ARTICLE 18
HIÉRARCHIE DES CONDITIONS

Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales.

ARTICLE 19
DÉLAI DE PRESCRIPTION

Les délais de prescription en matière d'assurance sont fixés par la loi relative aux assurances. Sous réserve de dispositions légales particulières le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de 3 ans.

ARTICLE 20
PLAINTES

Chaque jour, nous nous donnons à 100% pour vous offrir le meilleur service et sommes particulièrement sensibles aux attentes de nos clients. Si vous n'êtes pas entièrement satisfait(e), surtout faites-le nous savoir.
En cas de plainte, nous vous conseillons tout d'abord de contacter soit votre conseiller financier ou votre chargé de relation, soit le Service Gestion des Plaintes de Belfius, par courrier à Service Gestion des Plaintes (numéro de colis: 7908), Place Charles Rogier 11 à 1210 Bruxelles, ou par e-mail à *complaints@belfius.be*. Nous prendrons le temps de vous écouter et de chercher une solution avec vous.
Vous n'êtes pas satisfait(e) de la solution proposée par le Service Gestion des Plaintes de Belfius? Vous pouvez alors contacter le Negotiator de Belfius, par courrier à Negotiation (numéro de colis: 7913), Place Charles Rogier 11, à 1210 Bruxelles, ou par e-mail à *negotiation@belfius.be*.
À défaut de solution, vous pouvez vous tourner vers l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, ou par e-mail à *info@ombudsman-insurance.be*. Plus d'infos: *ombudsman-insurance.be*.
Dans tous les cas, vous conservez le droit d'entamer une procédure en justice auprès des tribunaux belges compétents.

ARTICLE 21
VENTE À DISTANCE : DROIT DE RÉTRACTATION

En cas de contrat d'assurance à distance, tant le preneur d'assurance que Belfius Insurance SA peuvent résilier le contrat sans pénalité et sans motivation par envoi recommandé dans un délai de 14 jours calendrier. Ce délai commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du

jour où le preneur d'assurance reçoit les conditions contractuelles et l'information précontractuelle sur un support durable, si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.
La résiliation par le preneur d'assurance prend effet immédiat au moment de la notification. La résiliation émanant de Belfius Insurance SA prend effet huit jours après sa notification.
Si le contrat est résilié par le preneur d'assurance ou par l'assureur et que l'exécution du contrat avait déjà commencé, à la demande du preneur d'assurance, avant la résiliation, le preneur d'assurance est tenu au paiement de la prime au prorata de la période au cours de laquelle une couverture a été octroyée. Il s'agit de l'indemnité pour les services déjà fournis.
A l'exception du paiement pour les services déjà fournis, l'assureur rembourse toutes les sommes qu'il a perçues du preneur d'assurance conformément au présent contrat.
Il dispose à cette fin d'un délai de 30 jours calendrier qui commence à courir :

- si le preneur d'assurance procède à la résiliation, à compter du jour où l'assureur reçoit la notification de la résiliation ;
- si l'assureur procède à la résiliation, à compter du jour où il envoie la notification de la résiliation.

Toute communication ou notification concernant la gestion du contrat doit être adressée au siège social de Belfius Insurance SA, Place Charles Rogier 11 - 1210 Bruxelles.

ARTICLE 22 RESPONSABILITÉ DES AUXILIAIRES

Les dispositions légales relatives à la responsabilité extracontractuelle (Livre 6 du Code civil) ne s'appliquent pas dans la relation contractuelle entre nous et le preneur d'assurance. La réparation des dommages causés par l'inexécution d'une obligation contractuelle est exclusivement régie, dans les limites autorisées par la loi, par les règles du droit du contrat d'assurance, même lorsque le fait générateur du dommage constitue également un acte illégal.
La réparation des dommages causés par l'inexécution d'une obligation contractuelle par l'intervention d'un de nos auxiliaires ne constitue, dans les limites autorisées par la loi, qu'un motif d'action en responsabilité contre nous et non un motif d'action en responsabilité extracontractuelle contre notre auxiliaire. L'auxiliaire vise : une personne physique ou morale qui est chargée par nous ou qui intervient dans tout ou une partie de l'exécution d'une de nos obligations contractuelles vis à vis du preneur d'assurance, que cette personne soit directement désignée ou engagée par nous, ou par l'intermédiaire d'une société contrôlée directement ou indirectement par nous. Cela inclut notamment les employés, les administrateurs (exécutifs ou non exécutifs), les agents liés et les prestataires de services indépendants, ainsi que leurs employés, gérants ou administrateurs, agents et prestataires de services indépendants.

ARTICLE 23 INTÉRÊTS DE RETARD ET INDEMNITÉ FORFAITAIRE EN CAS DE NON-PAIEMENT D'UNE DETTE

Si vous ne payez pas une dette certaine, liquide et exigible, nous vous envoyons un premier rappel gratuit. Si vous ne payez pas dans le délai indiqué dans ce premier rappel, des intérêts de retard vous sont facturés ainsi qu'une indemnité forfaitaire déterminée comme suit:

- en cas de solde dû jusqu'à 150 EUR: 20 EUR;
- en cas de solde dû de plus de 150 EUR et jusqu'à 500 EUR: 30 EUR majorés de 10% du montant supérieur à 150 EUR;
- en cas de solde dû de plus de 500 EUR: 65 EUR majorés de 5% du montant supérieur à 500 EUR, l'indemnité forfaitaire étant limitée à 2.000 EUR.

Les montants mentionnés ci-dessus peuvent être indexés automatiquement sur base de l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

LEXIQUE

Accident **:** événement soudain, involontaire et imprévisible dans le chef de l'assuré.
La notion d'accident corporel est définie à l'article 2.

Règle proportionnelle **:** la règle proportionnelle nous permet de réduire l'indemnité que nous devons payer en cas de sinistre, si les renseignements que vous nous avez donnés et qui ont servi de base à l'établissement du contrat apparaissent être incorrects.

La règle proportionnelle des primes: dommages à indemniser x prime payée/prime qui aurait dû être appliquée.

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