Conditions générales | **Police d'assurance Ambu 4ever Protect**

AXA Belgium, S.A. d'assurances agréée sous le n° 0039 pour pratiquer les branches vie et non-vie (A.R. 04-07-1979, M.B. 14-07-1979)
Siège social : Place du Trône 1 - B-1000 Bruxelles (Belgique) www.axa.be. Tél. : 02 678 61 11.
N° BCE : TVA BE 0404.483.367 RPM Bruxelles
Adresse de correspondance : Boulevard du Régent 7, 1000 Bruxelles

SOMMAIRE

NOTICES IMPORTANTES

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

GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

Article 4 - Dispositions communes
Article 5 - La garantie "Soins dentaires"
Article 6 - La garantie "Soins optiques"
Article 7 - La garantie "Soins ambulatoires"
Article 8 - L'intervention de la compagnie

MODALITES DES GARANTIES

Article 9 - La prise d’effet et le terme des garanties et des prestations
Article 10 - Le terrorisme
Article 11 - Les risques non couverts

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

Article 12 - La prise d'effet
Article 13 - La durée
Article 14 - Le montant et le paiement de la prime
Article 15 - La modification de la prime et des conditions d'assurance
Article 16 - L’adaptation automatique des garanties et des primes
Article 17 - La subrogation
Article 18 - Les charges diverses
Article 19 - Divers
Article 20 - La loi applicable
Article 21 - Protection des données personnelles

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

Article 22 - La déclaration de sinistre

Article 23 - Les autres engagements de l'assuré

Article 24 - Documents et pièces probantes

Article 25 - La contestation et l’expertise

LEXIQUE

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

NOTICES IMPORTANTES

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

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

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

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

Article 1 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT D'ASSURANCE

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

La compagnie/l'assureur est AXA Belgium.

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

L'assuré et le bénéficiaire est le preneur d'assurance et éventuellement son conjoint (ou cohabitant(e) légal(e)) ainsi que les membres de sa famille qui étaient assurés dans le cadre de la police collective.

Article 2 - LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

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

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

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

Article 3 - L'ETENDUE TERRITORIALE

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

Lorsque l'assuré n'a ou n'aura pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne ou séjournera plus de trois mois par an à l'étranger, la compagnie est informée préalablement par le preneur d'assurance et/ou l'assuré. Dans ce cas, les garanties ne sont acquises qu'à condition que l'assuré a obtenu l'accord préalable de la compagnie. Sans cet accord, les garanties ne seront plus acquises pour les frais effectués à l'étranger pendant le séjour à l'étranger. Les garanties restent toutefois acquises pour les frais effectués en Belgique.

GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

Article 4 - DISPOSITIONS COMMUNES

Les garanties sont acquises si les conditions particulières du présent contrat l'indiquent.

Leur insertion dans le contrat est soumise aux conditions en vigueur au moment de la demande du preneur d'assurance.

La compagnie ne fournira aucune garantie au titre du présent contrat et ne sera obligée de payer aucune somme au titre d'un sinistre ou de fournir aucun bénéfice au titre du présent contrat dans la mesure où la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel bénéfice l'exposerait à une quelconque sanction, prohibition ou restriction édictée par les résolutions de l'Organisation des Nations Unies, et/ou par les sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois, les règlements ou les directives édictées par l'Union Européenne, le Royaume-Uni, les Etats-Unis d'Amérique ou la règlementation belge en matière de sanctions.

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

Le preneur d'assurance doit immédiatement communiquer à la compagnie toute modification dans ses données personnelles (modification d'adresse, modification de la situation familiale de l'assuré, etc.).

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

Article 5 - LA GARANTIE "SOINS DENTAIRES"

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

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

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

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

Article 6 - LA GARANTIE "SOINS OPTIQUES"

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

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

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

Article 7 - LA GARANTIE " SOINS AMBULATOIRES"

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

- honoraires médicaux et paramédicaux
- analyses médicales et imagerie médicale
- prothèses médicales
- appareils orthopédiques
- médicaments (y compris homéopathiques)
- produits parapharmaceutiques
- autres fournitures médicales

Article 8 - L'INTERVENTION DE LA COMPAGNIE

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

Calcul de l'intervention de la compagnie

Pour les médicaments et traitements médicaux et paramédicaux stipulés dans les articles susmentionnés, la compagnie n'intervient qu'à condition que les traitements soient reconnus par l'INAMI et que les médicaments soient reconnus par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, peu importe s'il y a un remboursement par l'INAMI.

Dans tous les cas, la compagnie intervient dans les frais exposés ci-avant, diminués :

- de l'intervention légale, c'est-à-dire de tout remboursement qui découle de la législation belge ou d'une convention internationale ou à défaut, un montant théorique sur base du remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés ;
- des remboursements éventuels perçus en vertu d'autres contrats ou assurances complémentaires ayant le même objet, conclus auprès de notre compagnie ou d'une autre entreprise d'assurance.

L'intervention de la compagnie dans le montant ainsi déterminé est définie dans les conditions particulières.

Hauteur de l'intervention de la compagnie

Volet 1 : Couverture de base
La compagnie intervient entièrement (100%) dans les frais encourus dans le cadre des garanties décrites ci-dessus, jusqu'à un certain plafond annuel comme précisé dans les conditions particulières.

Volet 2 : Couverture étendue
Nonobstant l'intervention dans le volet 1, la compagnie intervient en plus partiellement dans les frais, encourus dans le cadre des garanties décrites ci-dessus, au-dessus d'un certain montant annuel. Le degré de cette intervention partielle ainsi que le montant annuel sont déterminés dans les conditions particulières.

Le dépassement ou non du plafond et les montants est apprécié annuellement, c'est-à-dire sur des périodes successives de 12 mois, prenant cours la première fois à la date d'entrée en vigueur du contrat, et ensuite à la date d'échéance annuelle du contrat.
Par dérogation, si l'entrée en vigueur du contrat diffère de l'échéance annuelle, le dépassement éventuel pendant la première année est déterminé en fonction du nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur du contrat t la prochaine échéance annuelle du contrat.

L'intervention de la compagnie s'effectue toujours sur base des montants effectivement facturés pour les prestations délivrées. Les avances ne sont pas prises en compte.

Les notes de frais exprimées dans une monnaie étrangère sont remboursées sur la base du taux de change de la monnaie à la date de remboursement par la compagnie.

Intervention dans les frais de monture
L'intervention de la compagnie dans les frais de monture est limitée à 200,00 € par assuré, une fois tous les 5 ans.

Intervention dans les frais de procréations médicalement assistées
La compagnie limite son intervention dans les frais de procréations médicalement assistées à un montant de 6.000 €. Cette limitation est applicable sur la totalité des interventions dans le cadre des garanties décrites ci-dessus et vaut pour toute la durée de l'affiliation à la présente assurance.

Travailleur indépendant

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

Paiement de l'intervention de la compagnie

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

MODALITES DES GARANTIES

Article 9 - LA PRISE D'EFFET ET LE TERME DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties prennent effet à la date de prise d'effet de cette police comme précisé aux conditions particulières.

La compagnie intervient dans les prestations et les frais qui interviennent à partir de la prise d'effet des garanties.

Les garanties prennent fin :

- au décès de l'assuré ;
- à la date de la résiliation de la présente assurance.

La compagnie intervient dans les prestations et les frais jusqu'au terme des garanties.

Article 10 - LE TERRORISME

La présente police couvre les dommages causés par le terrorisme conformément à la loi du 3 mai 2024 relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

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

Article 11 - LES RISQUES NON COUVERTS

Les prestations assurées en vertu des articles 5 à 7 ne sont pas acquises lorsque le risque assuré résulte des circonstances énoncées ci-dessous. La compagnie apporte la preuve du fait qui l'exonère de sa garantie.

- l'acte intentionnel de l'assuré provoquant des lésions, qu'elles soient recherchées ou non par l'assuré, à l'exclusion des actes de légitime défense ou de sauvetage ou les tentatives de suicide. Par acte intentionnel, on entend le comportement, l'acte ou l'abstention volontairement et sciemment adopté qui cause un dommage raisonnablement prévisible ;
- la guerre entre Etats ou faits de même nature, guerre civile.

  En cas de séjour à l'étranger, le risque est toutefois couvert :
  - d'une part, lorsque le conflit a éclaté pendant le séjour,
  - et d'autre part, lorsque, à la demande préalable du preneur d'assurance, la compagnie a accordé explicitement la couverture,
  - et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- la participation active à des émeutes ou actes de violence collective ;
- la faute lourde, dans la mesure où il existe une relation causale entre la faute lourde et l'évènement donnant lieu à prestation.

Sont des fautes lourdes :
- le pari, le défi,
- le fait d'être sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue,
- le fait d'être en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique suivant le code de la route ;

- l'affection allergique qui ne présente pas de symptômes objectifs permettant un diagnostic précis ;
- le trouble subjectif ou psychique qui ne présente pas de symptômes objectifs permettant un diagnostic précis ;
- la toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments ;
- le traitement esthétique, le traitement relatif à la fertilité (sauf la procréation médicalement assistée) et le traitement relatif à la stérilisation. Le traitement esthétique est toutefois couvert dans le cas de chirurgie purement réparatrice à la suite d'un accident ou d'une maladie ;
- les traitements médicaux et paramédicaux non reconnus par l'INAMI et les médicaments non reconnus par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

Article 12 - LA PRISE D'EFFET

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

Article 13 - LA DUREE

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

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

Par envoi recommandé, nous entendons soit l'envoi d'une lettre recommandée via la poste, soit l'envoi d'un courrier recommandé électronique. Si l'envoi recommandé est effectué par voie électronique, cela doit être fait par un service qualifié pour les envois recommandés électroniques à savoir un service qui permet l'envoi de documents électroniques de manière sécurisée, avec une garantie de réception et d'authenticité et qui est conforme aux réglementations spécifiques en la matière – ce qui donne aux envois recommandés électroniques une valeur légale et probante équivalente à celle d'une lettre recommandée traditionnelle.

La résiliation du contrat sort ses effets à la première échéance annuelle suivante.

En cas de décès du preneur d'assurance, les éventuels autres assurés peuvent résilier le contrat, par le dépôt d'un envoi recommandé dans les trente jours suivant le décès.

Article 14 - LE MONTANT ET LE PAIEMENT DE LA PRIME

Le montant

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

Le montant des primes d'assurance est défini dans les conditions particulières.

Le paiement des primes

Le preneur d'assurance effectue le versement des primes à la compagnie.
Les modalités de paiement des primes d'assurance sont précisées dans les conditions particulières.

En cas d'affiliation ou de résiliation à une autre date que la date d'échéance de la prime, un prorata est appliqué sur la prime. Le cas échéant, cela peut conduire à un remboursement de la partie non-consommée d'une prime déjà réclamée.

En cas de non-paiement d'une prime à la date d'échéance, le contrat sera résilié après un délai de trente jours à compter du lendemain du dépôt d'un envoi recommandé.
Cette mise en demeure rappelle la date d'échéance de la prime et le montant de celle-ci. Elle précise également les conséquences du défaut de paiement dans le délai fixé ainsi que le point de départ

de celui-ci.

Article 15 - LA MODIFICATION DE LA PRIME ET DES CONDITIONS D'ASSURANCE

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

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

Par ailleurs, la compagnie peut être amenée à revoir son tarif ou à adapter ses conditions de couverture lorsque la FSMA l'exige ou l'autorise conformément à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

Article 16 - L'ADAPTATION AUTOMATIQUE DES GARANTIES ET DES PRIMES

A chaque échéance annuelle de la prime, les primes, franchises et plafonds d'intervention exprimés en chiffres absolus peuvent être adaptés sur base de l'évolution de l'indice médical spécifique lié au type de garantie "soins ambulatoires" de la classe d'âge « Global », pour autant que celle-ci soit plus élevée que l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de juin.

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

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

L'adaptation automatique s'applique à l'ensemble des garanties visées aux articles 5 jusqu'à et y compris 7.

Article 17 - LA SUBROGATION

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

Article 18 - LES CHARGES DIVERSES

La taxe annuelle sur les opérations d'assurance ainsi que toutes charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature, présentes ou futures, sont à charge du preneur d'assurance.

Article 19 - DIVERS

Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le preneur d'assurance ou l'assuré au sous-

traitant de la compagnie par l'entremise de ses intermédiaires habituels.
Les demandes en ce sens peuvent aussi être adressées au service Quality du sous-traitant (au siège social du sous-traitant : Boulevard du Régent 7, 1000 Bruxelles, e-mail : quality.brussels@ip-assistance.com.

Si le preneur d'assurance ou l'assuré estiment ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances (square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, e-mail : info@ombudsman-insurance.be, tél : 02/547 58 71) en tant qu'entité qualifiée.

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

Article 20 - LA LOI APPLICABLE

Le contrat est soumis à la loi belge.
Il est régi actuellement par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Article 21 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Protection des données personnelles

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

L'assuré informe le(s) membre(s) de la famille assuré(s) que ses/leurs données personnelles font l'objet d'un traitement (Règlement général sur la protection des données).

Consentement

La compagnie a obtenu le consentement explicite des assurés principaux pour le traitement des données concernant leur santé dans le cadre de l'exécution de ce contrat. Les assurés principaux ont la responsabilité d'obtenir le consentement explicite des membres de leur famille pour le traitement des données concernant leur santé par la compagnie dans le cadre de l'exécution de ce contrat et pour leur accès à ces données concernant la santé.

Responsable du traitement des données

AXA Belgium, S.A. dont le siège social est établi Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367 (ci-après dénommée « la compagnie »).

Délégué à la protection des données du responsable du traitement

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

par courrier postal :	AXA Belgium - Data Protection Officer Place du Trône 1 1000 Bruxelles
par courrier électronique :	privacy@axa.be

Sous-traitant

La compagnie a confié la gestion de ce contrat à Inter Partner Assistance S.A., exploitant ses activités sous le nom commercial AXA Partners Belgium, dont le siège est établi Boulevard du

Régent 7, 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0415.591, qui intervient comme sous-traitant de la compagnie.

Délégué à la protection des données du sous-traitant

Le délégué à la protection des données d'Inter Partner Assistance peut être contacté à l'adresse suivante :

par courrier postal :	AXA Partners Belgium - Data Protection Officer Boulevard du Régent 7 1000 Bruxelles
par courrier électronique :	DPO.bnl@axa-assistance.com

Finalités des traitements et destinataires des données

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

- la gestion du fichier des personnes :
  - Il s'agit des traitements effectués pour établir et tenir à jour les bases de données – en particulier les données d'identification – relatives à toutes les personnes physiques ou morales qui sont en relation avec la compagnie.
  - Ces bases de données sont tenues à jour et enrichies sur la base des informations que la personne concernée fournit à la compagnie ou d'informations provenant de sources externes de données.
  - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'une obligation légale.
- la gestion du contrat d'assurance :
  - Il s'agit des traitements effectués en vue d'accepter ou refuser – de manière automatisée ou non – les risques préalablement à la conclusion du contrat d'assurance ou lors de remaniements ultérieurs de celui-ci ; de confectionner, mettre à jour et mettre fin au contrat d'assurance ; de recouvrer – de manière automatisée ou non – les primes impayées ; de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance.
  - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'obligation légale.
- le service à la clientèle, l'amélioration du service à la clientèle et les enquêtes de satisfaction :
  - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre des services digitaux fournis aux clients complémentairement au contrat d'assurance (par exemple, l'offre d'outils et de services afin de simplifier la gestion de la police d'assurance, d'accéder aux documents liés à la police ou de faciliter les formalités pour la personne concernée en cas de sinistre).
  - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance et/ou de ces services digitaux complémentaires.
- la gestion de la relation entre la compagnie et l'intermédiaire d'assurances :
  - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre la compagnie et l'intermédiaire d'assurances.
  - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant en l'exécution des conventions entre la compagnie et l'intermédiaire d'assurances.
- la détection, prévention et lutte contre la fraude :

- Il s'agit de traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter – de manière automatisée ou non – contre la fraude à l'assurance.
- Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans la préservation de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurance elle-même.

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :
  - Il s'agit de traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter – de manière automatisée ou non – contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
  - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution d'une obligation légale à laquelle la compagnie est soumise.
- la réalisation de tests y compris les tests informatiques :
  - Cela inclut des traitements en vue de développer et d'assurer le fonctionnement approprié d'applications nouvelles ou mises à jour.
  - Ces traitements sont nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par la compagnie, consistant à développer des applications afin d'exercer ses activités liées aux finalités de traitement listées dans ce chapitre.
- la surveillance du portefeuille :
  - Il s'agit de traitements effectués en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer – de manière automatisée ou non – l'équilibre technique et financier des portefeuilles d'assurances.
  - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans la préservation ou la restauration de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurances elle-même.
- les études et modèles statistiques pour générer des rapports :
  - Il s'agit de traitements effectués en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que la sécurité routière, la prévention des accidents domestiques, la prévention des incendies, l'amélioration des processus de gestion de la compagnie, l'acceptation des risques et la tarification.
  - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans l'engagement sociétal, dans la recherche d'efficiences et dans l'amélioration de la connaissance de ses métiers.
- la gestion et la surveillance des risques :
  - Cela inclut des traitements par la compagnie ou un tiers afin d'effectuer la gestion et la surveillance des risques de l'organisation de la compagnie, y compris les inspections, la gestion des plaintes et l'audit interne et externe.
  - Ces traitements sont nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle la compagnie est soumise ou aux fins des intérêts légitimes de la compagnie consistant à assurer des mesures de protection appropriées pour la gouvernance de ses activités.

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, les inspecteurs privés dans le contexte de la détection des fraudes, réassureurs, coassureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, autres entreprises d'assurances, auditeurs externes, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, TRIP ASBL, Datassur, Alfa Belgium, le

Fonds Commun de Garantie Belge (FCGB) et autres organisations sectorielles) en vue d'être traitées conformément à ces finalités.

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

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

La personne concernée peut recevoir des clauses spécifiques de la compagnie durant l'exécution de la police, par exemple une clause applicable au traitement d'un sinistre. Lesdites clauses spécifiques n'affecteront pas la validité de la présente clause ni son applicabilité pour les finalités énumérées ci-dessus.

Traitement de données sensibles

En vertu des lois applicables en matière de protection des données, certaines données (appelées « données personnelles sensibles ») bénéficient d'une protection particulière. Parmi ces dernières, la compagnie traite les données relatives à la santé et aux condamnations pénales selon les principes suivants :

Données concernant la santé

La compagnie ne traite les données concernant la santé de la personne concernée que sur base de son consentement ou si elles sont nécessaires à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, conformément aux lois applicables. La compagnie ne traite pas les données concernant la santé de la personne concernée à des fins de marketing direct et ne permet pas non plus à des tiers de le faire.

Données à caractère personnel relatives aux condamnations pénales et aux infractions

La compagnie traite des données à caractère personnel relatives à des condamnations pénales et à des infractions, dans le but de constater, d'exercer ou de défendre des droits en justice et/ou en cas de fraude. Ces données sont traitées dans des cas très limités et uniquement dans la mesure où la loi le permet, en prévoyant des garanties appropriées pour les droits et libertés de la personne concernée.

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 la compagnie de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci ou de tiers, peuvent être traitées par la compagnie à des fins de marketing direct (actions commerciales, invitations à des évènements, publicités personnalisées, profilage, couplage de données, notoriété de la marque, …), en vue d'améliorer sa connaissance de ses clients et prospects, d'informer ces derniers à propos de ses activités, produits et services, et de leur adresser des offres commerciales.

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

En vue d'offrir les services les plus appropriés en relation avec le marketing direct, ces données à caractère personnel peuvent être communiquées à des entreprises et/ou à des personnes

intervenant en qualité de sous-traitants ou de prestataires de service au bénéfice de la compagnie, des autres entreprises du Groupe AXA et/ou de l'intermédiaire d'assurances.

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

Traitement des données à des fins de géolocalisation

Dans le cas où la compagnie utilise les données à caractère personnel de la personne concernée à des fins de géolocalisation, le consentement de cette dernière est demandé sauf si la base légale pour ce traitement repose sur une obligation légale ou lorsque le traitement est nécessaire pour exécuter le contrat d'assurance. En tous cas, il est fait explicitement mention de la collecte de données de géolocalisation dans le contrat d'assurance.

Transfert des données dans l'Union Européenne et en dehors

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

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

La personne concernée peut aussi obtenir une liste des pays pour lesquels une décision d'adéquation des transferts est existante ou non.

Conservation des données

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

La compagnie conserve les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles elle 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

La compagnie demande les données à caractère personnel liées à la personne concernée afin de conclure et d'exécuter la police d'assurance. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Confidentialité

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

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

Les droits de la personne concernée (tant pour l'assuré principal que pour les membres de la famille)

La personne concernée a le droit :

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

Modifications apportées à la présente clause de protection des données

Le traitement des données à caractère personnel peut évoluer selon plusieurs facteurs, comme les changements réglementaires, les développements techniques et les modifications des finalités du traitement. La compagnie publiera régulièrement des versions actualisées de la clause de protection des données sur la page « Vie privée » du site AXA.be. En cas de modifications majeures, la compagnie fournira des efforts raisonnables pour s'assurer que les personnes concernées en prennent connaissance.

Contacter le sous-traitant de la compagnie

La personne concernée peut aussi contacter le sous-traitant pour exercer ses droits par mail à l'adresse e-mail DPO.bnl@axa-assistance.com ou par courrier adressé à AXA Partners Data Protection Officer, Boulevard du Régent 7 à 1000 Bruxelles, accompagné d'une copie de sa carte d'identité.

Le sous-traitant de la compagnie traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

Introduire une plainte concernant le traitement des données à caractère personnel

Si la personne concernée estime que la compagnie ne respecte pas la règlementation en la matière, elle est invitée à contacter en priorité la compagnie. La personne concernée peut introduire une plainte auprès de la compagnie via l'adresse e-mail : privacy@axa.be ou en complétant le formulaire disponible à la page « Nous contacter » via le bouton « Mécontent à propos d'un produit ou d'un service ? Signalez-le ici ». Ce formulaire est accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be.

La personne concernée peut aussi introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel 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
contact@apd-gba.be

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

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

Nous attirons l'attention sur l'importance des engagements suivants.

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

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

Article 22 - LA DECLARATION DE SINISTRE

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

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

Preuve autres interventions

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

Article 23 - LES AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ASSURE

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

Article 24 - PREUVE ET PIECES PROBANTES

L'assuré a le choix de fournir tous les documents et informations demandées par la compagnie soit sous format digital soit sur papier. Si l'assuré choisit de procurer ses documents et informations sous format digital, il s'engage à garder les originaux à la disposition de la compagnie.

Article 25 - LA CONTESTATION ET L'EXPERTISE

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

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

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

à la requête de la partie la plus diligente.

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

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

LEXIQUE

Accident

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

Sont assimilés à des accidents :

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

Appareil orthopédique

Appareil destiné à prévenir ou corriger les difformités du corps.

Etablissement hospitalier

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

- des maisons de soins psychiatriques et des habitations protégés (codes INAMI 725 et 726) ;
- des établissements médico-pédagogiques ;
- des centres de revalidation indépendants ;
- des établissements destinés au simple hébergement (maison de repos...) ;
- des maisons de repos et de soins.

Etat d'ivresse

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

Etranger

Tout autre pays que la Belgique.

Honoraires médicaux

Honoraires pour l'exercice de prestations médicales par un médecin traitant.

Honoraires paramédicaux

Honoraires pour l'exécution de prestations médicales par des prestataires de soins de santé traitants reconnus dans leur pratique (i.e. honoraires d'un(e) infirmièr(e) à domicile, diététicien, podologue, logopède, kinésithérapeute, physiothérapeute, ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, psychanalyste et/ou d'un psychologue) à condition qu'elles aient été prescrites par un médecin traitant.

Hospitalisation

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

Intervention légale

- pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par les législations belges qui peuvent être applicables aux assurés ;

- pour les frais exposés dans un pays étranger : tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des assurés ou, à défaut, un montant théorique sur base du remboursement prévu par les législations belges qui peuvent être applicables aux assurés.

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

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

Maladie

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

Médicament

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

Produit parapharmaceutique

Produit, délivré en (para)pharmacie (pas une parfumerie ou une droguerie) ou chez un bandagiste, prescrit par un prestataire de soins de santé traitant, nécessaire au traitement médical de l'assuré et qui n'est pas reconnu comme un médicament par l'Ordre des Pharmaciens.

Prothèse

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

Soins ambulatoires

Soins prodigués en dehors d'une hospitalisation.

Terrorisme

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

Traitement

Un traitement est défini dans le domaine médical et pour l'INAMI comme un ensemble de prestations liées, réparties sur 1 ou plusieurs séances.