Conditions générales

# Police d'assurance collective Soins de Santé Ambulatoires AMBU CAREFLEX

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'affiliation au contrat
Article 4 - L'étendue territoriale

## GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

Article 5 - Dispositions communes
Article 6 - La garantie "Soins optiques"
Article 7 - La garantie "Soins dentaires"
Article 8 - La garantie "Soins ambulatoires "
Article 9 - L'intervention de la compagnie

## MODALITES DES GARANTIES

Article 10 - La prise d'effet et le terme des garanties et des prestations
Article 11 - Le terrorisme
Article 12 - Les risques non couverts
Article 13 - La continuation à titre individuel

## GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT


Article 14 - La prise d'effet
Article 15 - La durée
Article 16 - La modification du contrat
Article 17 - Le montant et le paiement de la prime
Article 18 - La modification de la prime et des conditions d'assurance
Article 19 - La subrogation
Article 20 - Les charges diverses
Article 21 - Divers
Article 22 - La loi applicable
Article 23 - Protection des données personnelles


## LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES


Article 24 - La déclaration de sinistre
Article 25 - Les autres engagements de l'assuré
Article 26 - Documents et pièces probantes
Article 27 - 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

## Article 1 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT D'ASSURANCE

**Le preneur d'assurance** est la société désignée aux conditions particulières qui conclut l'assurance collective 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 la personne, désignée aux conditions particulières, sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui à ce titre bénéficie des prestations.

## 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'AFFILIATION AU CONTRAT

L'affiliation de l'assuré au contrat n'est possible que si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- L'assuré reçoit du preneur d'assurance une rémunération en tant que travailleur salarié ou dirigeant d'entreprise, est soumis à la sécurité sociale belge et a droit à une intervention légale pour ses frais médicaux ; et
- L'assuré satisfait/satisfont aux conditions d'affiliation comme précisé dans les conditions particulières.

L'affiliation des membres de la famille au contrat n'est possible que si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- Les conditions particulières le prévoient ; et
- Les membres de la famille sont soumis à la sécurité sociale belge et ont droit à une intervention légale pour leurs frais médicaux ; et
- Les membres de la famille satisfont aux conditions d'affiliation comme précisé dans les conditions particulières.

Le preneur d'assurance communique immédiatement à la compagnie les modifications intervenues au niveau des assurés et de leur famille (nouvelles affiliations, départs, modifications de la situation familiale de l'assuré).

Ces modifications feront l'objet d'une régularisation des primes.

Une affiliation est considérée comme ‘tardive’ si la demande est effectuée plus de 3 mois après que les conditions d’affiliation sont remplies. Dans ce cas, la personne ne peut plus s’affilier.

### Article 4 - 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

Pour les travailleurs frontaliers, les dispositions ci-dessus sont uniquement d’application lorsqu’ils ont leur résidence habituelle dans un autre pays que la Belgique ou leur pays de résidence ou s’ils séjournent plus de trois mois dans un autre pays que la Belgique ou leur pays de résidence. Pour eux, les conditions de la police valent aussi dans leur pays de résidence.

# GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

## Article 5 - DISPOSITIONS COMMUNES

Les garanties sont acquises si les conditions particulières de la présente police collective l'indiquent.

Leur insertion dans la police 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 agréé dans sa pratique.

Les frais d'hospitalisation et les produits parapharmaceutiques ne sont pas couverts par la présente police.

## 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.
L'assuré peut choisir entre :

- les verres de lunettes et les frais de monture

ou

- les verres de contact

## Article 7 - 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

## Article 8 - LA GARANTIE "SOINS AMBULATOIRES "

La compagnie intervient dans les frais suivants, pour autant qu'ils aient été pratiqués par un prestataire de soins de santé 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

## Article 9 - L'INTERVENTION DE LA COMPAGNIE

Les dispositions ci-après sont d'application pour toutes les garanties décrites aux articles 6 jusqu'à et y compris 8.

### Calcul de l'intervention de la compagnie

Pour les traitements et médicaments 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 dans les articles 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

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.

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

La partie non consommée du plafond annuel n'est pas remboursée.

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.

**Dirigeant d'entreprise indépendant**

Les primes de la catégorie de personnes en activité et ayant le statut social de dirigeant d'entreprise indépendant sont les mêmes que celles des travailleurs salariés et les interventions de la compagnie tiendront compte de remboursements INAMI identiques ou jugés équivalents à ceux des travailleurs salariés.

**Paiement de l'intervention de la compagnie**

Le remboursement des frais couverts s'effectue par la compagnie à l'assuré.

# MODALITES DES GARANTIES

## Article 10 - LA PRISE D'EFFET ET LE TERME DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties prennent effet :

- à la date à laquelle l'assuré satisfait aux conditions d'affiliation ;
- et au plus tôt à la date de prise d'effet de cette police comme précisé dans les 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 :

- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions d'affiliation ;
- au décès de l'assuré ;
- à l'échéance annuelle lorsque l'assuré ne choisit plus pour cette assurance dans le cadre de son package salarial flexible ;
- à la date de la résiliation de la présente assurance.

La compagnie intervient dans les prestations et les frais qui surviennent jusqu'à la fin de la couverture.

## Article 11 - 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 12 - LES RISQUES NON COUVERTS

Les prestations assurées en vertu des articles 6 jusqu'à et y compris 8 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,
- 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, 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.

## Article 13 - LA CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL

Lorsque l'assuré ne bénéficie plus de la couverture prévue par la présente police en raison notamment des circonstances définies ci-après, il peut maintenir à titre individuel, sans formalités médicales ni délai de stage, les garanties pour lesquelles il était couvert.

Cette continuation s'effectuera au travers de la souscription par l'assuré d'un "produit" individuel offrant des garanties similaires et faisant partie de la gamme des produits de la compagnie.

Toutefois, pour pouvoir bénéficier de ce maintien de couverture, il faut que l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance ait été couvert de manière ininterrompue par un ou plusieurs contrats d'assurance "soins de santé ambulatoires" successifs souscrits auprès d'une compagnie d'assurance pendant au moins les deux dernières années précédant la date de la cessation de couverture.

Les circonstances qui entraînent la cessation des couvertures de la présente police sont notamment les suivantes :

- cessation des fonctions de l'assuré auprès du preneur d'assurance, soit à l'âge de la retraite, soit en cours de carrière :
  possibilité de souscription pour l'assuré susdit et pour les membres de sa famille qui étaient déjà assurés par la présente police ;
- dès que chaque enfant assuré ne remplit plus les conditions d'affiliation des enfants prévues aux conditions particulières,
  ou, à défaut de mention dans celles-ci, dès que chaque enfant atteint l'âge de 25 ans ou qu'il cesse d'être à charge fiscalement du ménage de l'assuré (ou de la famille de l'ex-époux/se ou

partenaire), à l'exception de l'enfant handicapé bénéficiant des allocations d'handicapé : possibilité de souscription pour l'enfant uniquement ;

- décès, séparation ou divorce de l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance : possibilité de souscription, d'une part, pour le(la) veuf(veuve) et les membres de la famille qui étaient déjà assurés par cette police et, d'autre part, pour l'ex-conjoint ou partenaire cohabitant ;
- la résiliation de cette police, peu importe la raison.

Toutefois, lorsque l'assuré ne choisit plus pour cette assurance dans le cadre de son package salarial flexible, il ne s'agit pas d'une perte définitive de la couverture étant donné qu'il peut revoir son choix à chaque échéance annuelle. Par conséquent, à ce moment-là, il n'aura pas droit à la continuation à titre individuel des garanties pour lesquelles il était couvert.

Information de l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance

Dès son affiliation à la présente police, le preneur d'assurance est légalement tenu d'informer sans délai l'assuré principal de la possibilité pour celui-ci et, le cas échéant, pour le(s) membre(s) de sa famille de payer une prime individuelle supplémentaire en vue de préfinancer la poursuite individuelle de la présente assurance. La loi n'impose cependant ni à la compagnie, ni au preneur d'assurance de proposer un tel produit aux assurés. La compagnie ne dispose pas d'un tel produit à l'heure actuelle.

Par ailleurs, le preneur d'assurance informe l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de la présente police :

- de la date de la cessation de la couverture,
- de la possibilité de maintenir la couverture à titre personnel,
- du délai dans lequel l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance et, le cas échéant, le(s) membre(s) de sa famille peuvent exercer leur droit à la continuation individuelle,
- des coordonnées de la compagnie d'assurance.

Information des membres de la famille de l'assuré principal

Lorsque le membre de la famille ne peut plus bénéficier des couvertures prévues par la présente police alors que l'assuré principal continue à en bénéficier, il peut contacter la compagnie par écrit dans les cent cinq jours suivant la perte des couvertures pour demander la continuation à titre individuel à l'adresse suivante :

AXA Partners
Service Continuations
Boulevard du Régent 7
1000 Bruxelles

Dispositions relatives au contrat individuel

Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance collective.

Sa durée est viagère.

Les conditions tarifaires sont celles d'application pour les contrats "continuation individuelle" en vigueur au moment de la perte du bénéfice des garanties de la police collective.

# GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

## Article 14 - LA PRISE D'EFFET

La police collective prend cours à la date indiquée aux conditions particulières, mais au plus tôt le jour où la première prime est payée.

## Article 15 - LA DUREE

La police est conclue pour une durée d'un an à dater de sa prise d'effet.
A la fin de chaque période annuelle, elle se renouvelle tacitement pour une durée égale, sauf signification du contraire par une des parties, actée par envoi recommandé.

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.

Pour le preneur d'assurance, la résiliation se fait au moins 2 mois avant la fin de la période annuelle en cours, et pour la compagnie au moins 3 mois avant la fin de la période annuelle en cours.

## Article 16 - LA MODIFICATION DU CONTRAT

Le preneur d'assurance peut demander à la compagnie de modifier les conditions particulières du contrat. Si cette modification entraîne une augmentation du risque couvert, elle est soumise aux conditions en vigueur concernant son acceptation au moment de cette modification.

La modification doit être actée par un avenant ou tout autre document équivalent.

## Article 17 - LE MONTANT ET LE PAIEMENT DE LA PRIME

### Montant

La prime représente le prix que la compagnie demande pour garantir les prestations assurées par ce contrat. Son niveau tient compte du caractère collectif du contrat, ainsi que de l'absence de garantie tarifaire à long terme propre à ce type de contrat.

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

### 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.

Une nouvelle affiliation ou un départ ne sera acté que lors de la prochaine date d'échéance de la

prime. La prime et la couverture valent toujours pour une année complète.

En cas de non-paiement d'une échéance de prime, 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 18 - LA MODIFICATION DE LA PRIME ET DES CONDITIONS D'ASSURANCE

En cas de modification de son tarif, la compagnie a le droit d'appliquer cette modification de tarif à la présente police à partir de l'échéance annuelle de prime suivante.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier la police deux mois au moins avant cette échéance. De ce fait, la police prend fin à cette échéance.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier la police dans un délai de trois mois à compter de l'envoi de la notification de modification. De ce fait, la police prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou dans le cas d'un envoi recommandé du lendemain du dépôt de cet envoi recommandé, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle. Ce droit de résiliation ne porte pas préjudice aux autres possibilités de résiliation conformément aux dispositions applicables à la résiliation de la police.

En cas de modification substantielle de la législation sur la sécurité sociale ou en cas d'instauration ou modification d'une réglementation ayant un impact sur la présente police, la compagnie peut modifier, en proportion de la modification de la législation en cause et de ses répercussions financières pour la compagnie, les conditions de l'assurance, après en avoir avisé préalablement le preneur d'assurance. Celui-ci disposera, s'il le souhaite, d'un délai de trois mois pour résilier la présente police sans préjudice des autres possibilités de résiliation conformément aux dispositions applicables à la résiliation de la police.

### Article 19 - LA SUBROGATION

La compagnie est subrogée, par le seul fait de la police collective, 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 20 - 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.

#### Exonération des charges

Si le preneur d'assurance ou le bénéficiaire d'une prestation jouit d'une exonération totale ou partielle des charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature, au regard de la législation applicable, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire doit informer préalablement la compagnie de cette exonération et apporter la preuve de celle-ci au moyen d'un document probant, comme une attestation officielle émanant de l'administration concernée ou une circulaire de l'administration.

A défaut de cette information préalable ou de la fourniture d'un document probant, la compagnie pourra retenir toutes les charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature.

La compagnie ne pourra en aucun cas supporter les conséquences financières des prélèvements au-delà des sommes récupérables auprès des autorités compétentes.

## Article 21 - 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, ils peuvent s'adresser à l'Ombudsman des Assurances (square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, e-mail : info@ombudsman-insurance.be, tél n° 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 22 - 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 23 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

L'employeur communique à l'assuré, dès son affiliation au présent contrat d'assurance, toutes les informations édictées par la réglementation relative au traitement des données à caractère personnel (Règlement général sur la protection des données).

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 à l'adresse suivante :

par courrier postal : AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884)
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 Avenue Louise 166/1, 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0415.591.055 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'assurance 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'affec

teront 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 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 ; toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part de la compagnie, d'exprimer son point de vue et de contester la décision de 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 contacter le sous-traitant de la compagnie pour exercer ses droits par mail à l'adresse e-mail DPO.bnl@axa-assistance.com ou par courrier, 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 en matière de traitement de données personnelles**

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 personnelles 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 24 - 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 25 - LES AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ASSURE

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

## Article 26 - DOCUMENTS 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 27 - 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 protégées (codes INAMI 725 et 725);
- 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**

Pour les résidents de la Belgique : tout autre pays que la Belgique.
Pour les travailleurs frontaliers : tout autre pays que la Belgique ou le pays de résidence du travailleur frontalier.

**Honoraires médicaux**

Honoraires pour l'exercice de prestations médicales par un médecin traitant figurant dans la nomenclature des prestations médicales de l'assurance obligatoire pour les soins et les prestations médicales.

**Honoraires paramédicaux**

Honoraires pour l'exercice de prestations paramédicales par un prestataire de soins de santé reconnues par l'INAMI, prescrit par un médecin traitant et figurant dans la nomenclature des

prestations médicales de l'assurance obligatoire pour les soins et les prestations médicales.

**Hospitalisation**

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

**Intervention légale**

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

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

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

**Maladie**

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

**Médicament**

Médicament enregistré.

**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.

**Travailleur frontalier**

Résident des Pays-Bas, de l’Allemagne, du Luxembourg ou de la France qui travaille en Belgique pour un preneur d’assurance belge.