

Assurance
JUVENTUS

Individuelle Enfant

Conditions Générales



GENERALI BELGIUM
Compagnie d'assurances

Société Anonyme - Capital Social 40.000.000,00 EUR - RC Bruxelles 255.122
Tour Louise, Avenue Louise, 149 - 1050 Bruxelles - Tél. (02) 403 81 11 - Téléfax (02) 403 88 99
Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145 (AR du 04/07/1979 - MB du 14/07/1979)

Table de matières

	Pages
Définitions	4
 CHAPITRE I - OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE	
Article 1	Garantie de base 5
Article 2	Sports couverts 5
Article 3	Moyens de transport 5
Article 4	Le risque service militaire 6
Article 5	Exclusions 6
Article 6	Etendue territoriale 7
 CHAPITRE II - SINISTRES	
 A. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURE ET DU BENEFICIAIRE	
Article 7	Déclaration de sinistre 8
Article 8	Autres obligations 8
 B. OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE	
Article 9	Les indemnités garanties par la compagnie 9
Article 10	Cumul des indemnités 10
Article 11	Etat antérieur 10
Article 12	Expertise médicale 10
Article 13	Recours contre le tiers responsable 11
Article 14	Paiement des indemnités 11
 CHAPITRE III - CLAUSES ADMINISTRATIVES	
Article 15	Description du risque 12
Article 16	Modification du risque 12
Article 17	Sanctions en cas de sinistre 13
Article 18	Effet du contrat 13
Article 19	Paiement de la prime 13
Article 20	Non-paiement de la prime 13
Article 21	Durée et fin du contrat 13
Article 22	Exonération du paiement des primes 14
Article 23	Résiliation par la compagnie 14
Article 24	Résiliation par le preneur 15
Article 25	Mode de résiliation 15
Article 26	Décès de l'assuré 15
Article 27	Domicile 15
Article 28	Modifications des conditions d'assurance et tarifaires 15
Article 29	Adaptation automatique des montants 16

Conditions générales

Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

COMPAGNIE :

GENERALI BELGIUM SA, entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145.

PRENEUR D'ASSURANCE :

la personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

ASSURE :

tous les enfants du ménage du preneur d'assurance, âgés de moins de 18 ans, domiciliés avec lui et entretenus de ses deniers, sur la tête desquels repose le risque de survenance de l'événement assuré.

BENEFICIAIRE :

la personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance.

ACCIDENT :

un événement soudain et involontaire, extérieur à la victime et produisant une lésion corporelle.

Sont assimilés à un accident :

- la noyade ;
- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par méprise de substances toxiques ou corrosives ;
- les brûlures, à l'exception des coups de soleil ;
- les luxations, les déchirures et les élongations musculaires résultant d'un effort soudain ;
- les lésions corporelles ou le décès survenus lors des actes accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- les atteintes à la santé qui sont la conséquence directe et immédiate d'un accident assuré ;
- les commotions électriques ;
- les lésions dues aux soins corporels normaux.

Chapitre I

Objet et étendue de l'assurance

Article 1

GARANTIE DE BASE

La compagnie garantit le paiement des prestations prévues aux conditions particulières lorsque l'assuré est victime d'un accident garanti.

La garantie ne s'applique pas aux accidents du travail tombant à charge de l'assurance obligatoire (Loi du 10.04.1971) d'une école professionnelle ou technique fréquentée par l'assuré, ou d'un employeur, même temporaire, de l'assuré.

Sont toutefois couverts les accidents pouvant survenir :

- sur le chemin du travail, pendant le temps d'apprentissage (ou par assimilation le chemin de l'école professionnelle ou technique) ;
- en exécution d'un travail rémunéré ou d'une aide bénévole pendant le temps libre d'écolier ou d'étudiant et ce pour autant que l'accident ne soit pas pris en charge par l'assurance obligatoire.

Article 2

SPORTS COUVERTS

Les accidents résultant de la pratique des sports en amateur non rémunéré sont compris dans la garantie.

Pour les sports énumérés ci-après, les sommes dues sont réduites de 50 %, à moins que, suivant mention expresse aux conditions particulières, la garantie ne soit acquise à 100 % :

rugby, course cycliste, équitation avec participation à des concours ou courses hippiques, polo à cheval, alpinisme, varappe, escalade, boxe, catch, lutte, bobsleigh, skéléton, hockey sur glace, luge de compétition, ski terrestre en dehors de la Belgique, saut à ski, plongée sous-marine avec appareil autonome, spéléologie.

La garantie n'est pas acquise pour les accidents survenant lors :

- de la pratique de sports aériens, quels qu'ils soient ;
- de l'utilisation, en tant que pilote, conducteur ou passager, d'un engin de locomotion (ou embarcation) à moteur au cours de compétitions ou concours, si des normes de temps ou de vitesse ont été imposées ou choisies ou au cours d'entraînements ou essais en vue de telles épreuves.

Article 3

MOYENS DE TRANSPORT

1) Deux roues

En cas d'accident résultant de l'utilisation, comme pilote ou passager, d'une motocyclette (selon la définition du règlement général sur la police de la circulation routière), ou d'un side-car, les sommes dues sont réduites de moitié à moins que, suivant mention expresse aux conditions particulières, la garantie ne soit acquise à 100 %.

2) Risques aviation

La garantie est acquise si l'accident survient alors que l'assuré fait usage, à titre de simple passager, de tous avions, hydravions ou hélicoptères autorisés au transport de personnes, pour autant qu'il ne fasse pas partie de l'équipage ou n'exerce, au cours du vol, aucune activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

La garantie est étendue aux accidents résultant :

- a) de la maîtrise illicite de l'appareil aérien dans lequel l'assuré se trouve ;

- b) de la piraterie à bord de cet appareil et notamment des agressions et attentats contre l'appareil et les personnes qui s'y trouvent, qu'ils soient perpétrés au sol ou en vol ;
- c) des attentats au moyen d'engins explosifs ou incendiaires déposés dans l'appareil et du sabotage de l'appareil.

Cette garantie n'est cependant pas acquise si l'assuré a pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.

La disparition de l'assuré en cas d'accident aérien ne pourra être une présomption de décès. Les prestations en cas de décès seront toutefois acquises si, en cas de disparition de l'appareil dans lequel se trouvait l'assuré, aucune nouvelle n'a été reçue, ni de l'appareil ni des personnes se trouvant à bord, dans les trois mois à compter du jour de la disparition.

Article 4

LE RISQUE SERVICE MILITAIRE

La garantie est acquise en temps de paix pendant la durée du service militaire ou les périodes de rappel accomplis dans l'armée belge, sauf en cas de mobilisation. L'assurance s'étend à toutes les prestations de service à l'exception des accidents dus aux activités suivantes : alpinisme, escalade de rochers, déminage, transport aérien non prévu dans l'article 3.2 ci-dessus, parachutisme et génie militaire.

Article 5

EXCLUSIONS

La garantie n'est pas acquise si l'accident :

- a) est causé par la guerre ou par des faits de même nature, et par la guerre civile.

La garantie de la compagnie reste toutefois acquise à l'assuré surpris à l'étranger par de tels événements, pendant le temps absolument nécessaire pour quitter la région troublée et au maximum pendant 14 jours.

L'exclusion ne s'applique que si la compagnie démontre la relation causale entre l'accident et ces circonstances ;

- b) est survenu au cours d'émeutes, grèves, attentats, actes de sabotage ou de terrorisme, sauf si l'assuré prouve qu'il n'a pris aucune part active à ces événements ;
- c) est survenu lors de la préparation ou de la participation à un crime ou délit intentionnel dont l'assuré est auteur ou co-auteur ;
- d) est provoqué intentionnellement, ou s'il s'agit d'un suicide ou tentative de suicide ;
- e) est survenu à l'occasion de paris, de défis, ou d'actes notoirement téméraires ou manifestation périlleux de l'assuré, sauf si ces actes sont accomplis pour la sauvegarde de personnes ou biens ;
- f) se produit lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse ou dans un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées, à moins que l'assuré ou le bénéficiaire ne prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre le sinistre et ces circonstances ;
- g) survient lors d'un tremblement de terre ou d'un cataclysme naturel en Belgique, à moins de prouver l'absence de relation causale entre ces événements et le sinistre ;
- h) est dû uniquement à un état physique ou psychique déficient de l'assuré ;
- i) sont également exclus de la garantie du contrat, les dommages ou l'aggravation des dommages causés :
 - par des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
 - par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radio-actif ou par toute autre source de rayonnement ionisant qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

Sont également exclus, sauf convention spéciale, les dommages ou l'aggravation des dommages causés par toute source de rayonnement ionisant (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'assuré ou toute personne dont il répond à la propriété, la garde ou l'usage.

Article 6

ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence principale en Belgique.

A. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURE ET DU BENEFICIAIRE

Article 7

DECLARATION DE SINISTRE

L'assuré doit dès que possible déclarer le sinistre par écrit à la compagnie ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières, au plus tard dans les 8 jours de sa survenance.

Si un préjudice pour la compagnie résulte d'une déclaration tardive, elle réduira sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi, sauf si l'assuré établit que le sinistre a été déclaré aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

La déclaration de sinistre doit indiquer dans la mesure du possible les causes, les circonstances et les conséquences probables du sinistre, le nom, les prénoms et le domicile des témoins et des éventuels responsables, et être accompagnée d'un certificat médical renseignant la nature et les conséquences de l'accident.

Dès la fin du traitement médical, l'assuré fera parvenir à la compagnie ou à la personne désignée à cette fin dans les conditions particulières un certificat de guérison constatant s'il est ou non capable de reprendre ses occupations habituelles.

En cas de décès, les bénéficiaires devront donner avis du décès dans le délai le plus bref et produire un acte de décès.

La compagnie est, en outre, autorisée à faire procéder à ses frais à un examen post-mortem.

En cas de sinistre bénin, aucune déchéance n'est encourue par l'assuré s'il prévient la compagnie dès qu'il y a intervention médicale.

Article 8

AUTRES OBLIGATIONS

L'assuré a également pour obligation :

- a) de prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre ;
- b) de recourir immédiatement à tous les soins nécessaires et se conformer aux prescriptions du médecin-traitant en vue de hâter sa guérison ;
- c) de répondre à toute invitation du médecin-conseil de la compagnie et de faciliter ses constatations ;
- d) d'inviter le médecin-traitant à fournir tous les documents médicaux de nature à établir la réalité du dommage afin de pouvoir éclairer le médecin-conseil de la compagnie ;
- e) de fournir à la compagnie, sur simple demande, une attestation communale de nature à établir le nombre d'enfants à sa charge.

Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues aux articles 7 et 8 et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation, à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté ces obligations, la compagnie peut décliner sa garantie.

B. OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE

Article 9

LES INDEMNITES GARANTIES PAR LA COMPAGNIE

1. En cas de DECES

La compagnie garantit en cas de DECES de l'assuré, survenu dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident et provoqué par un sinistre couvert, les frais funéraires exposés jusqu'à concurrence de la somme garantie et ce pour autant que l'invalidité permanente dont l'assuré pouvant être atteint n'ait pas déjà été indemnisée.

Seuls les frais funéraires dûment justifiés sont remboursés à la personne qui les a exposés.

2. En cas d'INVALIDITE PERMANENTE

La compagnie garantit en cas d'INVALIDITE PERMANENTE totale, le paiement à l'assuré ou à ses représentants légaux du capital forfaitaire prévu aux conditions particulières. Ce capital doit être divisé par le nombre d'enfants assurés.

En cas d'invalidité permanente partielle, la compagnie paie le pourcentage du capital correspondant au degré d'invalidité. Le degré d'invalidité est apprécié exclusivement en fonction du critère physiologique par application du Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) en vigueur lors de la consolidation et sans avoir égard aux activités de l'assuré, ni de la profession qu'il pourrait être amené à exercer. Il n'est toutefois jamais tenu compte des troubles subjectifs ou psychiques sans support organique.

Le degré d'invalidité est fixé à la date de la consolidation des lésions et au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Aucune indemnité pour invalidité permanente ne sera due si l'assuré décède des suites d'un accident avant que ne soit acquise la consolidation au sens du B.O.B.I.

Si un an après l'accident, l'état de l'assuré ne permet pas la consolidation, la compagnie paie, sur demande, une provision qui ne dépasse pas la moitié du montant correspondant à l'invalidité présumée à ce moment.

La détermination du degré de l'invalidité permanente physiologique consécutive à une atteinte à la santé non prévue au B.O.B.I. sera faite par comparaison et analogie.

L'indemnité due par la compagnie ne peut en aucun cas être basée sur un ou plusieurs pourcentages d'invalidité permanente dépassant 100 %.

Les capitaux pour l'invalidité permanente sont calculés comme suit :

- sur base du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 % ;
- sur base du double du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité au-delà de 25 % et jusqu'à 50 % ;
- sur base du triple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité au-delà de 50 % et jusqu'à 100 %.

3. En cas de FRAIS DE TRAITEMENT

La compagnie rembourse en cas de FRAIS DE TRAITEMENT jusqu'à concurrence du montant assuré et jusqu'à la consolidation des lésions, mais au maximum pendant 3 ans :

- tous les frais de traitement médicalement nécessaires, prestés ou prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les frais de prothèse ;

- les frais d'orthopédie ;
- les frais de chirurgie esthétique ;
- les frais d'ambulance, et les autres frais de transport moyennant l'accord préalable de la compagnie ;
- les frais des cours de rattrapage scolaire dûment justifiés prodigués à l'assuré suite à un accident ; ils sont remboursés à la personne qui les a exposés, jusqu'à concurrence de 496,00 EUR par assuré.

La compagnie n'intervient que déduction faite des prestations résultant de la législation sur la réparation des accidents du travail, de la sécurité sociale ou d'un organisme analogue.

Pour chaque sinistre, la compagnie rembourse à l'assuré la différence entre les frais encourus et lesdits remboursements, à la condition que cette différence soit supérieure à 12,39 EUR ; si cette différence est inférieure à 12,39 EUR aucune indemnité ne sera due.

Sauf en ce qui concerne les frais de rattrapage, le montant assuré doit être divisé par le nombre d'enfants assurés.

4. En cas de RAPATRIEMENT OU DE VISITE

La compagnie garantit le remboursement des frais exposés en accord avec elle pour rapatrier l'assuré immobilisé à l'étranger et blessé à la suite d'un accident garanti, ou les frais de transport aller et retour depuis leur domicile en Belgique des personnes dont la présence se justifie si l'assuré est médicalement reconnu intransportable.

L'intervention de la compagnie dans ces frais est limitée aux montants assurés prévus aux conditions particulières.

Article 10

CUMUL DES INDEMNITES

Les indemnités fixées pour le cas de décès et d'invalidité permanente ne peuvent se cumuler. Si, pour un même sinistre, la compagnie a déjà versé des indemnités pour le cas d'invalidité permanente, elles sont déduites du capital à payer en cas de décès.

Article 11

ETAT ANTERIEUR

En cas d'aggravation des conséquences d'un sinistre suite à une maladie, une infirmité ou tout état préexistant, la compagnie n'est tenue d'indemniser que les suites que l'accident aurait eu sur un organisme sain.

Article 12

EXPERTISE MEDICALE

Les contestations relatives à des points d'ordre médical seront tranchées par deux médecins, désignés l'un par le preneur d'assurance, l'autre par la compagnie.

En cas de désaccord entre ceux-ci, ils s'en adjoignent un troisième qui statuera avec eux à la majorité des voix.

Chaque partie supporte les frais et honoraires du médecin qu'elle a désigné ; ceux du troisième médecin sont partagés par moitié.

Article 13

RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

La compagnie renonce expressément en faveur de l'assuré à tout recours contre le tiers responsable de l'accident.

Cette disposition ne concerne pas l'indemnité payée par la compagnie à titre de frais de traitement. Dans ce cas, la compagnie qui a payé l'indemnité est subrogée, à concurrence du montant de celle-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage.

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

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

Si, par le fait de l'assuré ou du bénéficiaire, la subrogation ne peut plus produire ses effets en faveur de la compagnie, celle-ci peut lui réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

Article 14

PAIEMENT DES INDEMNITES

Les indemnités seront payées dans un délai de 14 jours, après fixation de leurs montants et production des pièces justificatives.

Le paiement de l'indemnité est définitif et décharge la compagnie de tout recours ultérieur ayant trait au sinistre ou ses suites.

Chapitre III

Clauses administratives

Article 15

DESCRIPTION DU RISQUE

- a) Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque. S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie, par exemple les questions figurant dans la proposition d'assurance, et si la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission. Il en va de même si la compagnie a conclu le contrat sans proposition d'assurance dûment complétée.
- b) Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.
- c) Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours.

Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Article 16

MODIFICATION DU RISQUE

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'article 15 a), les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance d'accident.

Lorsque le risque de survenance d'accident s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, la compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation.

Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance d'accident a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque. Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution fournie par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Article 17

SANCTIONS EN CAS DE SINISTRE

- a) En cas d'omissions ou inexactitudes intentionnelles dans la déclaration du risque, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, la compagnie peut refuser sa garantie en cas de sinistre. Les primes échues jusqu'au moment où elle a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.
- b) En cas d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans la déclaration du risque, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, qui peuvent être reprochées au preneur d'assurance, la compagnie peut réduire sa prestation en cas de sinistre selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération.

Toutefois, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, sa prestation en cas de sinistre sera limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

Article 18

EFFET DU CONTRAT

La garantie ne prend cours qu'à la date fixée aux conditions particulières, après signature de la police par les deux parties et paiement de la première prime, et, au plus tôt, le lendemain de la réception par la compagnie de la police présignée ou de la demande d'assurance. La compagnie communiquera cette date au preneur d'assurance.

Article 19

PAIEMENT DE LA PRIME

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable aux échéances sur demande de la compagnie ou de toute personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Article 20

NON-PAIEMENT DE LA PRIME

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, la compagnie peut suspendre la garantie ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues augmentées s'il y a lieu des intérêts, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée ci-dessus : dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne s'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Article 21

DUREE ET FIN DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour la durée fixée aux conditions particulières, sans pouvoir excéder un an.

S'il est conclu pour un an, il se renouvelle tacitement d'année en année, à moins qu'il n'ait été résilié par une des parties au moins trois mois avant l'expiration de la période en cours.

S'il est conclu pour une durée de moins d'un an, il ne se renouvelle pas tacitement.

Dans tous les cas, le contrat vient à terme à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 18 ans, ou avant cet âge s'il exerce une profession à temps plein. Dans ce dernier cas, le contrat prend fin de plein droit à minuit le jour où l'assuré perd la qualité d'écolier, d'étudiant ou d'apprenti.

Article 22

EXONERATION DU PAIEMENT DES PRIMES

En cas de décès accidentel du preneur d'assurance âgé de moins de 65 ans, ou s'il est frappé d'invalidité permanente totale par suite d'accident ou de maladie, le contrat, si celui-ci est conclu pour un an, reste en vigueur jusqu'au terme fixé par l'article 21 paragraphe 4, et les primes à échoir après cet événement ne sont plus dues.

L'invalidité par suite d'accident ou de maladie dans le chef du preneur d'assurance est considérée comme totale lorsque sa capacité de travail est réduite d'au moins 75 %, compte tenu des possibilités de réadaptation dans une activité compatible avec ses aptitudes. La preuve médicale de l'invalidité incombe au preneur d'assurance qui est tenu de se laisser examiner par le médecin-conseil de la compagnie chaque fois qu'elle le jugera nécessaire.

L'invalidité permanente totale reconnue par la compagnie n'est que présumée définitive. Toute atténuation du degré d'invalidité doit être signalée à la compagnie qui n'est plus tenue d'accorder l'exonération du paiement des primes si le nouveau degré d'invalidité reconnu par expertise médicale n'atteint pas 75 %.

En cas de manquement à cette obligation, dûment constatée par le médecin-conseil de la compagnie, le preneur d'assurance est considéré en défaut de paiement de la prime à partir de la première échéance de la prime qui suit la date à laquelle la compagnie en a eu connaissance. Il est alors fait application des dispositions concernant le non-paiement des primes.

L'exonération du paiement des primes n'est pas acquise :

- si le décès ou l'état d'invalidité permanente est dû à une circonstance qui ne donne pas droit aux garanties à l'assuré ;
- si le contrat est suspendu pour quelque cause que ce soit au moment du décès ou de la constatation de l'état d'invalidité permanente totale du preneur d'assurance.

En cas d'exonération du paiement des primes, l'adaptation automatique des montants (article 29) cesse à partir de la première échéance exonérée ; elle reste donc fixée au montant atteint à la date de la dernière prime payée par le preneur d'assurance.

Article 23

RÉSILIATION PAR LA COMPAGNIE

La compagnie peut résilier le contrat :

- a) pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 21 ;
- b) en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque tant à la conclusion qu'en cours de contrat ;
- c) en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'article 15 et, en cas d'aggravation du risque d'accident dans les conditions prévues à l'article 16 ;
- d) en cas de non-paiement de la prime conformément à l'article 20 ;
- e) après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité ;
- f) en cas de modification des dispositions légales ayant une incidence sur les garanties accordées par le contrat ;
- g) lorsqu'entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet s'écoule un délai supérieur à un an. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat.

Article 24

RESILIATION PAR LE PRENEUR

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- a) pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 21 ;
- b) en cas de diminution du risque d'accident, dans les conditions prévues à l'article 16 ;
- c) lorsque entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet s'écoule un délai supérieur à un an. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat ;
- d) en cas de modification des conditions d'assurance et du tarif ou simplement du tarif conformément à l'article 28 ;
- e) après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité ;
- f) en cas de faillite, concordat ou retrait d'agrément de la compagnie.

Article 25

MODE DE RESILIATION

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

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

La résiliation du contrat par la compagnie après déclaration de sinistre prend effet lors de sa notification lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la compagnie.

La portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation est remboursée par la compagnie.

Article 26

DECES DE L'ASSURE

Le contrat prend fin de plein droit au décès du dernier assuré.

Article 27

DOMICILE

Les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les conditions particulières.

Les communications et notifications au preneur d'assurance doivent être faites à la dernière adresse connue par la compagnie.

Article 28

MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES

Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance et son tarif ou simplement son tarif, elle adapte le présent contrat à l'échéance annuelle suivante. Elle notifie cette adaptation au preneur d'assurance 90 jours au moins avant cette date d'échéance. Toutefois, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, le contrat prend fin à l'échéance annuelle suivante.

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

Les dispositions du présent article ne portent pas atteinte à celles de l'article 21.

Article 29

ADAPTATION AUTOMATIQUE DES MONTANTS

Seuls l'indemnité garantie pour le remboursement des frais funéraires (article 9.1) et le capital prévu en cas d'invalidité permanente (article 9.2), ainsi que la partie de prime y afférente, varient à chaque échéance annuelle en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Les variations, en plus ou en moins, se calculent alors sur base du rapport existant entre l'indice d'échéance, c'est-à-dire le dernier indice publié deux mois avant l'échéance annuelle (cet indice figure sur la quittance de prime) et l'indice de souscription indiqué sur l'accusé de réception.

Les autres indemnités, ainsi que la partie de prime y afférente, ne sont pas soumis à indexation.

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à : l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, ou à l'Office de Contrôle des Assurances, Avenue de Cortenbergh, 61 à 1000 Bruxelles, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.



Avertissement

*Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*