

Accidents corporels

Conditions générales

TABLE DES MATIERES

FORMULES ET GARANTIES

1. Quel est l'objet du contrat ?	3
2. Quelles sont les formules possibles ?	4
2.1. Formule Famille	4
2.2. Formule Circulation	4
2.3. Formule Associations et activités temporaires	5
3. Que comprend la garantie ?	5
3.1. Garantie décès	5
3.2. Garantie invalidité permanente	6
3.3. Garantie incapacité de travail temporaire	6
3.4. Garantie frais consécutifs à l'accident	7
3.5. Montants assurés et limite d'âge	8
4. Quelles sont les limitations de versement ?	8
5. Quelles sont les extensions possibles de la garantie ?	9
5.1. Sports	9
5.2. Activités professionnelles dangereuses	9
5.3. Motos	9
6. Qu'est-ce qui n'est pas compris dans la garantie ?	10
7. Où l'assurance est-elle valable ?	10

SINISTRES

8. Comment se fait la déclaration ?	11
9. Comment se déroule le suivi médical ?	11
10. Que faire en cas de litige ?	11

DISPOSITIONS GENERALES

11. Quand cette assurance prend-elle cours et comment se déroule le paiement de la prime ?	12
12. Une modification des conditions est-elle possible ?	12
13. Qu'advient-il en cas de modification du risque ?	12
14. Quand cette assurance prend-elle fin ?	13
15. Pourquoi les déclarations sont-elles si importantes ?	13
16. Qu'en est-il des impôts et des frais ?	14
17. Existe-t-il encore d'autres assurances ou interventions similaires ?	14
18. Quand y a-t-il déchéance ?	14
19. Peut-on envisager un recours dans le cadre de la garantie 'Frais consécutifs à l'accident' ?	15
20. Comment se déroule la correspondance ?	15

DEFINITIONS

16

FORMULES ET GARANTIES

1. Quel est l'objet du contrat ?

Le *contrat* garantit le versement des montants *assurés* selon les règles décrites ci-après en cas d'accident corporel.

Par accident, l'on entend exclusivement tout événement soudain et anormal qui entraîne directement une lésion corporelle chez l'*assuré* et dans la mesure où la cause ou l'une des causes de cette lésion est extérieure au corps de l'*assuré*.

Les accidents sont par ailleurs subdivisés comme suit :

a) Accidents professionnels :

Il s'agit des accidents qui surviennent à l'*assuré* durant l'exercice de son activité professionnelle. Si l'*assuré* est salarié ou appointé, les accidents qui le frappent sur le chemin du travail et pour lesquels il peut demander une indemnité en vertu de la législation sur les accidents du travail, sont également considérés comme des accidents professionnels.

b) Accidents privés :

Il s'agit des accidents qui ne sont pas des accidents professionnels.

Par extension, les lésions suivantes sont également considérées comme des accidents :

a) les lésions qui trouvent leur origine dans une maladie et qui sont énumérées de façon limitative ci-après :

- tétanos et rage;
- la pénétration involontaire et soudaine dans le canal digestif, les voies respiratoires, les yeux ou les organes auditifs, de substances venant de l'extérieur, à l'exception des germes pathogènes et des allergènes, causant une lésion interne immédiate et soudaine ;
- l'intoxication aiguë par la pénétration fortuite de gaz, vapeurs, de substances liquides ou solides, pour autant qu'il ne s'agisse pas de stimulants ou de médicaments, de germes pathogènes ou d'allergènes;
- la contamination par la pénétration de germes pathogènes à la suite d'une chute involontaire dans un liquide ou une substance solide contaminée par des germes pathogènes;
- l'infection d'une blessure ou une septicémie directement et exclusivement consécutive à un accident garanti, à l'exception du sida, de la séropositivité au HIV et au stade ARC, sauf lorsque ceux-ci sont la conséquence d'une transfusion sanguine ou d'un *accident de piqûre* qui sont survenus dans un hôpital européen et qui sont le fait de personnel appartenant à l'un de ces hôpitaux.

b) les lésions causées par la foudre et l'aggravation des lésions d'un accident garanti par l'influence du climat ;

c) *micro-traumatismes répétés :*

La compagnie versera les indemnités d'incapacité de travail temporaire durant une période de soixante jours au plus, diminuée du *délai de carence*. Ce *délai de carence* commence à courir le premier jour suivant la survenance du micro-traumatisme, mais pas avant le jour où un médecin a fixé le diagnostic et le traitement a commencé.

L'intervention pour une telle affection ne sera accordée, en cours de contrat, qu'une seule fois par *assuré*.

2. Quelles sont les formules possibles ?

La *compagnie* s'engage à verser les montants *assurés* au bénéficiaire si l'*assuré* est frappé par un accident garanti qui se produit à un moment où le contrat est en vigueur et dans des circonstances selon la formule mentionnée dans les conditions particulières.

2.1. Formule Famille

La *compagnie* garantit le versement des indemnités convenues, si l'un des *assurés* est victime d'un accident privé.

Sont considérés comme *assurés* dans cette formule :

- le *preneur d'assurance*
- toutes les personnes qui cohabitent avec le *preneur d'assurance* dans un rapport familial à son domicile. Les enfants du *preneur d'assurance* qui n'habitent plus temporairement chez le *preneur d'assurance* exclusivement pour des raisons d'études, conservent leur qualité d'*assuré*.
- les personnes qui sont expressément désignées comme *assurés*.

Pour les membres de la famille qui sont désignés dans les conditions particulières comme Assuré - Indépendant, la *compagnie* interviendra également s'ils sont victimes d'un accident professionnel.

2.2. Formule Circulation

La *compagnie* garantit le versement des indemnités convenues en cas d'accident survenu aux *assurés* dans et par la circulation comme conducteur ou passager du moyen de transport décrit dans les conditions particulières, ou lorsqu'ils :

- y entrent, y montent, en sortent ou en descendent ;
- y chargent ou en déchargent des effets de voyage ;
- effectuent en chemin de menus travaux de réparation sur la *voiture de tourisme* ;
- participent en cours de route au sauvetage de personnes ou de biens, qui se trouvent en danger en raison d'un accident de la circulation.

En fonction de l'option choisie, sont considérés comme *assurés* :

Option occupants

Toute personne, comme conducteur ou passager de la *voiture de tourisme* renseignée avec sa plaque minéralogique dans les conditions particulières.

Option voiture particulière

- Toute personne, comme conducteur ou passager de la *voiture de tourisme* renseignée avec sa plaque minéralogique dans les conditions particulières.
- Le *preneur d'assurance* et toutes les personnes qui cohabitent avec le *preneur d'assurance* dans un rapport familial à son domicile, comme conducteur ou passager de toute *voiture de tourisme*.
- Les enfants du *preneur d'assurance* qui ne résident plus temporairement chez le *preneur d'assurance* exclusivement pour des raisons d'études, conservent leur qualité d'*assuré*.

Option toutes situations de la circulation

- Toute personne, comme conducteur ou passager de la *voiture de tourisme* renseignée avec sa plaque minéralogique dans les conditions particulières.
- Le *preneur d'assurance* et toutes les personnes qui cohabitent avec le *preneur d'assurance* dans un rapport familial à son domicile, comme
 - conducteur ou passager de toute *voiture de tourisme* ;
 - passager de tout véhicule terrestre comptant un minimum de quatre roues, avec ou sans moteur, qui a été conçu et qui est utilisé à ce moment-là pour le transport de personnes ;
 - passager de tout moyen de transport aérien, fluvial ou maritime ;
 - piéton lorsqu'il se trouve sur la voie publique ou à un endroit accessible au public. Dans ce cas, un tiers doit être impliqué dans l'accident assuré et l'accident doit être attesté soit par un procès-verbal établi immédiatement après les faits soit à l'aide de déclarations de témoins.
- conducteur ou passager d'un vélo ou d'un vélomoteur.

Les *enfants* du *preneur d'assurance* qui ne résident plus temporairement chez le *preneur d'assurance* exclusivement pour des raisons d'études, conservent leur qualité d'*assuré*.

2.3. Formule Associations et Activités temporaires

La *compagnie* garantit le versement des indemnités convenues, si l'*assuré* est victime d'un accident qui se produit :

- a) lorsqu'il s'agit d'un contrat conclu pour une activité temporaire : tandis que l'*assuré* participe aux activités assurées.
- b) lorsqu'il s'agit d'un contrat conclu pour une association : tandis que l'*assuré* participe aux activités de l'association.

Sont considérés comme *assurés* pour cette Formule :

- le *preneur d'assurance*
- les personnes décrites expressément comme *assuré*.

3. Que comprend la garantie ?

La *compagnie* s'engage, en cas d'accident garanti, à verser au bénéficiaire le montant indiqué dans les conditions particulières.

3.1. Garantie décès

Pour autant que le décès de l'*assuré* soit la conséquence directe de l'accident et qu'il survienne dans les trois ans suivant le jour de l'accident, la *compagnie* verse le capital assuré au(x) bénéficiaire(s) indiqué(s) dans les conditions particulières.

L'intervention de la *compagnie* est fixée forfaitairement à 6.200 EUR (250.107 BEF), si le défunt a moins de 16 ans. Si le capital assuré prévu dans les conditions particulières est inférieur, ce dernier montant est versé.

3.2. Garantie invalidité permanente

L'invalidité permanente est constatée après la *consolidation* des lésions et au plus tard trois ans après l'accident. L'invalidité permanente est constatée exclusivement sur la base de l'*invalidité physiologique*. Le capital assuré sera alors versé au *bénéficiaire* en proportion du pourcentage de l'*invalidité physiologique* permanente.

Si un an après l'accident, une invalidité permanente est prévue qui ne peut encore être déterminée définitivement à ce moment-là, une avance sera versée. Cette avance s'élève à la moitié du capital correspondant au degré prévu d'invalidité permanente, avec comme maximum le capital prévu pour la garantie décès.

Si les conditions particulières prévoient une *franchise* pour invalidité permanente, la *compagnie* versera l'indemnité pour l'invalidité permanente dès que l'invalidité effective dépasse la *franchise*.

L'*assuré* peut opter pour un versement avec augmentation progressive. L'indemnité en cas d'invalidité permanente est alors calculée comme suit :

- pour la partie du degré d'invalidité jusqu'à 25 %: sur base du capital assuré ;
- pour la partie du degré d'invalidité supérieure à 25% jusqu'à 50% : sur base du double du capital assuré ;
- pour la partie du degré d'invalidité supérieure à 50%: sur base du triple du capital assuré.

3.3. Garantie incapacité de travail temporaire

On parle d'*incapacité de travail* temporaire dès que l'*assuré* se trouve dans l'impossibilité temporaire d'exercer la profession et/ou les activités décrites dans le contrat.

L'indemnité est versée en proportion du degré d'invalidité le plus élevé: soit de l'*invalidité physiologique*, soit de l'*invalidité économique*. L'*assuré* qui n'exerce pas d'activité professionnelle donnant droit à un salaire, une rémunération, des profits ou des bénéfices, a droit à l'indemnité journalière, pour laquelle seule l'invalidité physiologique sert de base au calcul.

Pour déterminer l'*invalidité économique*, l'on est parti du principe, pour les *assurés* qui exercent une profession lucrative, mais dont la profession n'est pas mentionnée dans les conditions particulières, qu'ils exercent comme profession un travail exclusivement intellectuel.

L'indemnité n'est versée qu'à condition que soit l'invalidité *physiologique* soit l'invalidité *économique* s'élève à 25% ou plus. Une invalidité de 67 % ou plus est assimilée à une invalidité de 100 %.

La *compagnie* verse la totalité ou une partie de l'indemnité journalière assurée selon le degré de l'incapacité à compter du jour mentionné dans les conditions particulières, jusqu'au jour de la *consolidation* des lésions avec une durée maximale de trois ans au plus après l'accident.

Les personnes qui n'ont pas encore atteint l'âge de dix-huit ans, ne peuvent prétendre à une indemnité pour incapacité de travail temporaire.

3.4. Garantie Frais consécutifs à l'Accident

Pour autant que les frais soient la conséquence directe d'un accident garanti et jusqu'à trois ans au plus après l'accident, la *compagnie* rembourse les frais mentionnés ci-dessous à l'assuré. Le montant maximum prévu dans les conditions particulières est valable pour l'ensemble des rubriques énumérées ci-après.

Frais médicaux ambulatoires

Il s'agit des frais liés au traitement médical qui a été administré sans *hospitalisation*. Les frais de la première *prothèse* et/ou *orthèse* causés par l'accident ainsi que les frais de réparation et d'entretien, sont également repris dans l'assurance.

Si aucune intervention de l'INAMI n'est prévue pour ces frais, les frais sont remboursés à concurrence de 50%.

Frais d'hospitalisation

La *compagnie* indemnise les frais de séjour éventuels de la victime et les *frais de traitement médical en hôpital*. Les frais de la première *prothèse* et/ou *orthèse* causés par l'accident ainsi que les frais de réparation et d'entretien sont également repris dans l'assurance.

Frais de transport

La *compagnie* indemnise les frais de transport du lieu de l'accident jusqu'à l'hôpital ou le cabinet de médecin le plus proche à concurrence de 10% au plus du montant assuré.

Frais de soins dentaires et de première prothèse dentaire

Pour ces frais, l'intervention maximale est de 1.250 EUR (50.425 BEF) avec un maximum de 375 EUR (15.127 BEF) par dent.

Frais de chirurgie plastique correctrice

La *compagnie* prend à sa charge les frais de chirurgie plastique correctrice dans les limites du montant assuré.

Frais de recherche de la victime

La *compagnie* prend ces frais à sa charge à concurrence de 50% au plus du montant assuré.

Frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle

La *compagnie* prend ces frais à sa charge à concurrence de 50% au plus du montant assuré.

Règles générales relatives aux frais consécutifs à l'accident :

Les interventions pour les frais sont de nature complémentaire et ne sont donc dues qu'après épuisement de l'*indemnité légale* pour la prestation assurée. Si l'*assuré* ne reçoit pas l'*indemnité légale* pour l'une ou l'autre raison ou qu'il n'y a pas droit, la *compagnie* tient compte d'une intervention fictive, à concurrence de cette *indemnité légale*.

En cas de concours entre les couvertures de la garantie 'frais consécutifs à l'accident' et l'assurance hospitalisation libre et complémentaire d'une mutuelle, la *compagnie* n'intervient que lorsque les garanties dont l'*assuré* dispose auprès de la mutuelle sont épuisées.

La *compagnie* versera son indemnité après réception des factures et justificatifs originaux accompagnés d'un relevé détaillé des soins prodigués, des médicaments délivrés ou des frais engagés.

Une *franchise* de 37 EUR (1.493 BEF) par *assuré* est prévue par sinistre.

3.5. Montants assurés et limite d'âge

Les montants assurés sont valables par *assuré*, même si plusieurs *assurés* ont été blessés dans un même accident.

Les montants assurés sont versés aux *assurés* qui n'ont pas encore atteint l'âge de 75 ans au moment du sinistre.

4. Quelles sont les limitations de versement ?

- a) Si un accident cause une invalidité permanente à une partie ou une fonction du corps, où était déjà présente une invalidité avant l'accident, l'on calculera un pourcentage égal à la différence entre le pourcentage d'invalidité permanente après et avant l'accident ;
- b) Le degré de l'invalidité permanente et/ou d'*incapacité de travail* temporaire consécutive aux lésions encourues par l'accident, ne peut être augmenté en raison de lésions ou de situations qui ne sont pas la conséquence de l'accident garanti.
- c) Si les conséquences d'un accident sont aggravées par un état pathologique, des troubles physiques ou mentaux ou par un autre handicap, le versement n'est pas supérieur à ce qui aurait été versé si l'*assuré* avait été en parfaite santé avant l'accident ;
- d) Lorsque la durée ou le degré d'*incapacité de travail* temporaire ou le degré d'invalidité permanente peut être réduit par une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou le port d'une *prothèse* et que l'*assuré* refuse de s'y soumettre, la *compagnie* n'est tenue d'indemniser les conséquences que l'accident aurait eues si l'*assuré* s'y était soumis.
- e) Les indemnités assurées pour le décès et l'invalidité permanente ne peuvent jamais être cumulées à la suite d'un même accident.

Cependant, si l'*assuré* décède des suites de l'accident après le règlement définitif de l'invalidité permanente et au plus tard dans les trois ans suivant l'accident, le montant *assuré* prévu en cas de décès sera versé, diminué des indemnités versées pour l'invalidité permanente. La *compagnie* s'engage à ne réclamer aucun remboursement si l'indemnité versée pour l'invalidité permanente est supérieure au montant *assuré* en cas de décès.

5. Quelles sont les extensions possibles de la garantie ?

5.1. Sports

Dans le cas uniquement où les conditions particulières le prévoient expressément, l'assurance garantit également les accidents qui surviennent lors de :

- a) la pratique rémunérée de tout sport, y compris les exercices préparatoires à ce sport ;
- b) la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux comme : aviation sportive, vol à voile, deltaplane, sauts en altitude, alpinisme, bobsleigh, skeleton, saut à ski, ski de compétition, saut d'obstacles à cheval, courses de chevaux, polo, spéléologie, exploration et plongée sous-marine, rafting, rugby et toute autre compétition avec des bateaux, vélos, vélomoteurs, motos, voitures ou tout autre véhicule qui implique des risques similaires lors de compétitions.

5.2. Activités professionnelles dangereuses

Dans le cas uniquement où les conditions particulières le prévoient expressément, l'assurance garantit également les accidents qui surviennent durant des activités professionnelles manifestement dangereuses comme notamment le travail en altitude (plus de 4 mètres), les travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, toute activité sur/sous l'eau, l'utilisation ou la manipulation de produits corrosifs, l'utilisation de rayons x ou de radio-isotopes et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute tige.

5.3. Motos

Uniquement au cas où les conditions particulières le prévoient expressément, l'assurance garantit les accidents corporels qui surviennent avec une moto.

Si l'accident est survenu avec une moto d'une cylindrée de moins de 240 cm³ et que l'assuré avait au moins 30 ans au moment de l'accident, la couverture est acquise sans que cela nécessite une mention dans les conditions particulières.

Dans les autres cas, l'intervention de la *compagnie* est limitée à 25% de l'intervention normale.

6. Qu'est-ce qui n'est pas compris dans la garantie ?

Sont exclus de la garantie, les accidents

- a) provoqués, favorisés ou aggravés volontairement ou par des actes posés avec l'assentiment de *l'assuré*, du *preneur d'assurance*, l'un des *bénéficiaires* ou toute autre personne qui a un intérêt dans le versement, lesquels actes visaient précisément à causer les lésions et leurs conséquences;
- b) provoqués tandis que *l'assuré* est sous l'influence de substances alcoolisées et narcotiques ou de médicaments, à moins que *l'assuré* puisse prouver qu'il n'existe pas de lien de cause à effet entre son état et l'accident ;
- c) provoqués par la participation à des délits, des méfaits ou des rixes qui sont ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une dispute, à l'exception des cas de légitime défense, par des actes manifestement téméraires, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- d) provoqués par des manipulations ou des traitements, que *l'assuré* s'appliquerait à lui-même, sauf les actes normaux de soins personnels ;
- e) provoqués par le résultat de la modification de la structure atomique de la matière, l'accélération artificielle des particules atomiques et les radiations de radio-isotopes.
- f) provoqués ou rendus possibles par la maladie, l'état pathologique ou l'infirmité ou par une autre disposition physique ou mentale anormale de *l'assuré* ;
- g) survenus à *l'assuré* pendant la participation à des exercices militaires, des opérations ou des exercices en campagne, des cérémonies ou des corvées militaires et durant la manipulation et l'utilisation d'armes ;
- h) provoqués ou rendus possibles par la guerre ou par une situation analogue et par des troubles ou des émeutes civils.

Les complications, aggravations et conséquences de fautes professionnelles dans un *traitement médical* sans rapport avec un accident garanti dans le cadre du contrat, sont exclues.

L'assurance ne couvre pas les sinistres résultant directement ou indirectement d'un acte de terrorisme. Par terrorisme, l'on entend une action ou une série d'actions organisées clandestinement, cohérentes en temps et en objectif, et exécutées individuellement ou en groupe par conviction idéologique, religieuse, politique, économique ou sociale. Ces actions visent à porter atteinte à l'intégrité physique des personnes ou à endommager des biens en vue d'impressionner le public ou une autorité et de créer un climat d'insécurité.

7. Où l'assurance est-elle valable ?

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que *l'assuré* ait son domicile et sa résidence principale en Belgique. Le degré d'*incapacité de travail* temporaire et d'invalidité permanente consécutive à un accident garanti ne pourront être exclusivement établis qu'en Belgique.

SINISTRES

8. Comment se fait la déclaration ?

Tout accident doit être déclaré à la *compagnie* au moyen des formulaires qu'elle met à disposition, et ce dans un délai de 8 jours.

La déclaration sera encore acceptée si elle est faite ultérieurement pour un motif valable, mais au plus tard un an après l'accident.

L'accident mortel doit être signalé dans les 24 heures à la *compagnie*.

En cas d'accident mortel, la *compagnie* peut faire effectuer une autopsie à ses frais. Le *bénéficiaire* est tenu, sous peine de déchéance du droit à un versement ultérieur, de l'accepter sur-le-champ et sans condition. Si l'autorisation en est refusée par qui que ce soit, la *compagnie* a le droit de ne pas verser le capital assuré.

9. Comment se déroule le suivi médical ?

L'*assuré* prendra immédiatement toutes les mesures pour accélérer la guérison. Il demandera à son médecin traitant, chaque fois que cela est nécessaire, de délivrer les attestations médicales nécessaires à l'exécution de ce *contrat*. De plus, la *compagnie* a le droit de demander des renseignements complémentaires et de procéder aux mesures de contrôle qu'elle estime nécessaires. A la demande du médecin conseil de la *compagnie*, l'*assuré* se soumettra à un examen de contrôle, même s'il doit être admis à cet effet dans une institution désignée par la *compagnie*. Les frais de cet examen sont à la charge de la *compagnie*.

La *compagnie* doit être informée le plus rapidement possible de toute modification de l'état de santé de l'*assuré*.

10. Que faire en cas de litige ?

Les contestations relatives à des matières médicales sont tranchées dans le cadre d'une expertise médicale à l'amiable, où les deux parties désignent chacune leur propre médecin. Un troisième médecin, désigné par ces deux médecins, n'interviendra qu'à défaut d'accord entre les premiers nommés.

Chaque partie réglera les honoraires et l'état de frais du médecin désigné par elle. Les honoraires et les frais du troisième médecin et des examens spécialisés seront supportés par les deux parties, chacune pour la moitié.

Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent déroger aux dispositions du contrat et de ses avenants. Leur décision est définitive et sans appel pour les deux parties.

DISPOSITIONS GENERALES

11. Quand cette assurance prend-elle cours et comment se déroule le paiement de la prime ?

L'assurance prend cours à la date mentionnée dans les conditions particulières et après paiement de la première prime ou de la partie de prime correspondant aux modalités de paiement. La prime ne peut être réglée que contre quittance de la *compagnie*.

En cas de non-paiement de la prime à l'échéance, la *compagnie* peut suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat, si le *preneur d'assurance* est mis en demeure par lettre recommandée à la poste.

La suspension de la garantie ou la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de 15 jours, à compter du jour suivant la remise à la poste de la lettre recommandée. Aucune indemnité ne sera versée pour des accidents survenus durant la période de suspension. Tout paiement fait par la *compagnie* en raison d'un sinistre intervenu entre-temps, peut être récupéré auprès du *preneur d'assurance*.

La suspension prend fin après le paiement par le *preneur d'assurance* de toutes les primes impayées, le cas échéant augmentées des intérêts, comme stipulé dans la dernière mise en demeure ou décision judiciaire.

La suspension de la garantie ne porte pas préjudice au droit de la *compagnie* de réclamer les primes encore à échoir à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure conformément au deuxième alinéa. Le droit de la *compagnie* est toutefois limité aux primes pour deux années consécutives.

12. Une modification des conditions est-elle possible ?

Si la *compagnie* modifie les conditions d'assurance et son tarif ou uniquement son tarif, elle adapte ce *contrat* à la prochaine échéance annuelle. Elle informe le *preneur d'assurance* de cette adaptation au moins 3 mois avant cette échéance.

Le *preneur d'assurance* peut toutefois résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de l'adaptation. Par cette résiliation, le *contrat* prend fin à la prochaine échéance annuelle.

13. Qu'advient-il en cas de modification du risque ?

En cas de modification de la profession de l'*assuré* ou des activités qui y sont liées, la *compagnie* doit être avertie le plus rapidement possible.

- Si la nouvelle profession ou les nouvelles activités professionnelles nécessitent une prime inférieure par rapport à la prime initiale, cette prime inférieure entre en vigueur à compter de la réception par la *compagnie* de cette communication.

Si les contractants ne s'accordent pas sur la nouvelle prime dans les 30 jours suivant la demande de réduction par le *preneur d'assurance*, ce dernier peut résilier le contrat.

- Si la nouvelle profession ou les nouvelles activités professionnelles nécessitent une prime supérieure, le *preneur d'assurance* a le choix, avec effet rétroactif jusqu'au jour de l'aggravation du risque
- soit de conserver les garanties assurées et de payer la prime supérieure,
- soit de maintenir la prime sans modification et de réduire les garanties assurées conformément au tarif de la nouvelle profession ou des nouvelles activités professionnelles.

Les sinistres survenus avant que le *preneur d'assurance* ait donné son accord au sujet de cette augmentation de prime, seront réglés sur la base des montants qui auraient été assurés pour la prime réellement payée, vu la nouvelle profession ou les nouvelles activités professionnelles.

Si la *compagnie* estime qu'elle ne peut poursuivre l'assurance, vu les risques que présentent la nouvelle profession ou les nouvelles activités professionnelles, elle peut résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter du jour où le changement de profession lui a été notifié.

Si l'*assuré* passe à un autre régime de la législation sociale, la *compagnie* doit en être avertie immédiatement, afin de pouvoir éventuellement adapter les garanties.

Si, dans le cas de la formule Circulation, la voiture de tourisme identifiée par sa plaque minéralogique dans les conditions particulières change de numéro de plaque, la *compagnie* doit en être avertie immédiatement.

14. Quand cette assurance prend-elle fin ?

Le contrat est souscrit pour une durée d'un an. Chaque partie peut résilier ce *contrat* chaque année moyennant l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard 3 mois avant l'échéance principale. Sauf préavis, le *contrat* est reconduit tacitement pour un an à la fin de chaque *année d'assurance*.

Sauf convention contraire :

- la garantie est suspendue de plein droit pour un *assuré* qui a son domicile ou sa résidence principale en dehors de la Belgique pendant plus de trois mois consécutifs ;
- la garantie prend fin au décès du *preneur d'assurance* . La couverture pour tous les autres *assurés* peut être prolongée;
- la garantie prend fin pour les enfants qui ont atteint l'âge de 18 ans à moins qu'ils ne s'assurent, à partir de cet âge, au tarif applicable aux adultes.

15. Pourquoi les déclarations sont-elles si importantes ?

Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* sont tenus de communiquer exactement toutes les circonstances qui leur sont connues et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des données qui peuvent influencer l'appréciation du risque par la *compagnie*. S'il n'est pas répondu à certaines questions de la *compagnie* et que la *compagnie* a malgré tout conclu le *contrat* elle ne peut, sauf en cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

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.

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.

Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou que, 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.

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.

La *compagnie* n'est pas tenue par des conventions entre le *preneur d'assurance* et l'intermédiaire ou un représentant de la *compagnie*, sauf mention dans le *contrat* ou ses avenants.

Aucune addition, modification au texte ou dérogation aux conditions imprimées ou écrites n'est valable en l'absence de ratification par la *compagnie*.

16. Qu'en est-il des impôts et des frais ?

Tous les impôts, taxes ou frais prélevés ou à prélever du chef du présent *contrat* sont à charge du *preneur d'assurance*. Ils sont perçus en même temps que la prime.

17. Existe-t-il encore d'autres assurances ou interventions similaires ?

Le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* est tenu de porter à la connaissance de la *compagnie* tout autre *contrat*, toute autre garantie ou assurance qui a le même objet et qui accorde une couverture au(x) même(s) *assuré(s)*.

18. Quand y a-t-il déchéance ?

Il y a déchéance de droit et la *compagnie* est en droit d'exiger le remboursement des indemnités versées à tort et des frais engagés :

- en cas d'aggravation des conséquences d'un accident ou d'une maladie de façon intentionnelle ou avec l'assentiment du *preneur d'assurance*, de l'*assuré* ou de toute autre personne ayant un intérêt dans le versement ou du fait qu'un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;
- si l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* ne respecte pas l'une des obligations contractuelles énumérées aux points 8, 9, 13, 15 et 17 et qu'un préjudice survient de ce fait pour la *compagnie*. Dans ce cas, cette dernière peut prétendre à une diminution de ses prestations à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

La *compagnie* peut entièrement refuser sa couverture si l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* n'a pas respecté les obligations énoncées dans les articles précités dans une intention frauduleuse. Dans ce dernier cas, les primes perçues par la *compagnie* restent acquises et celle-ci pourra en outre annuler le contrat.

19. Peut-on envisager un recours à la garantie 'Frais consécutifs à l'accident' ?

La *compagnie* demeure subrogée aux droits que l'*assuré* ou la personne qui la représente, pourrait faire valoir vis-à-vis du tiers responsable à concurrence de l'indemnité versée sur base de ce *contrat*.

L'*assuré* ou la personne qui la représente ne peut donc renoncer à tout recours, sans l'autorisation écrite de la *compagnie*.

Excepté en cas d'intention frauduleuse la *compagnie* n'a aucun recours vis-à-vis des parents en ligne droite ascendante ou descendante, l'époux/se et apparentés en ligne droite de l'*assuré(e)*, ni vis-à-vis des personnes cohabitantes avec lui (elle), de ses hôtes et des membres de son personnel domestique.

La *compagnie* a cependant le droit d'exercer malgré tout un recours vis-à-vis de ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est réellement garantie par un contrat d'assurance.

20. Comment se déroule la correspondance ?

Toute lettre recommandée constitue une mise en demeure suffisante dans le contexte de ce *contrat*.

L'envoi d'une telle lettre est attestée par l'accusé de réception de la poste, son contenu par la copie figurant dans le dossier de la *compagnie*.

Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* assument l'obligation de réceptionner toute la correspondance que la *compagnie* leur adresse.

Le *preneur d'assurance* est tenu de notifier à la *compagnie* tout changement d'adresse. S'il néglige cette formalité, toute lettre est valablement envoyée ou toute citation valablement signifiée à l'adresse déclarée par lui en Belgique. Le domicile des parties est élu de plein droit, à savoir celui de la *compagnie* à son siège social et celui du *preneur d'assurance* et de l'*assuré* à l'adresse déclarée par eux.

DEFINITIONS

Accident de piqûre

L'introduction accidentelle d'une aiguille d'injection dans la peau avec transmission de germes par le sang, de produits dérivés du sang ou de liquides biologiques dans le corps humain.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances principales.

Appareil prothétique/prothèse

L'appareil destiné à diminuer le handicap, résultant d'une perte anatomique ou fonctionnelle. Cette perte doit être la conséquence d'une intervention chirurgicale, d'une lésion neurologique ou traumatique.

Assuré

La personne couverte par la garantie.

Si la formule désigne comme assurés les personnes qui cohabitent dans un rapport familial avec le preneur d'assurance à son domicile, est considéré comme domicile l'adresse où cette personne est inscrite au registre de la population.

Bénéficiaire

La/les personne(s) en faveur de laquelle/desquelles les prestations d'assurance sont prévues.

Compagnie

L'entreprise d'assurance auprès de laquelle le contrat est souscrit : ING Insurance SA, avec siège social Cours Saint-Michel 70, 1040 Bruxelles, agréée sous le n° de code 0051 pour pratiquer les branches 'Maladies' et 'Accidents'.

Consolidation

L'instant à partir duquel l'état de l'assuré n'est plus susceptible de subir une évolution notable ni spontanément, ni suite à un traitement.

Contrat

Le contrat est constitué par le contenu des conditions générales, des conditions particulières et des avenants éventuels.

Délai de carence

Période durant laquelle aucun versement n'intervient pour un accident garanti.

Enfant(s)

Personnes qui n'ont pas encore atteint l'âge de 18 ans. Celles-ci sont assurées au tarif distinct en vigueur pour les enfants. Elles ne peuvent jamais prétendre à une indemnité pour incapacité de travail temporaire.

Frais médicaux ambulatoires

Frais engagés pour des traitements médicaux prodigués sans hospitalisation.

Franchise

Dans la garantie 'invalidité permanente' :
le degré d'invalidité physiologique jusqu'auquel aucune indemnité n'est versée. Ce degré est fixé dans les conditions particulières. Dès que l'invalidité dépasse la franchise, l'indemnisation intervient selon le degré d'invalidité réel.

Dans la garantie 'Frais consécutifs à l'accident' :
le montant des frais exposés qui ne sont pas indemnisés. Si ce montant est dépassé, l'indemnisation intervient à partir du premier franc. Cette franchise est valable par assuré et par sinistre. Si plusieurs assurés sont blessés lors d'un même accident, la franchise n'est appliquée qu'une seule fois.

Hôpital

Une institution légalement agréée comme hôpital. Dans le cadre de cette assurance, ne sont pas considérées comme hôpital :

- une institution médico-pédagogique
- une institution d'habitation protégée
- une institution exclusivement destinée à l'hébergement de personnes âgées, de convalescents ou d'enfants
- une maison de repos et de soins (l'institution elle-même ou l'un de ses départements).

Hospitalisation

Le séjour médicalement nécessaire à l'hôpital, y compris l'admission en 'one-day clinic'.

Invalidité économique

La diminution de la capacité de travail de l'assuré, consécutive à l'invalidité physiologique qui l'a frappé. Le pourcentage d'invalidité économique sera fixé, durant la première année d'invalidité, en fonction des activités professionnelles de l'assuré telles que décrites dans les conditions particulières du contrat. En cas de rechute, cette première année d'invalidité prendra cours à la date de début de la première période d'invalidité garantie. A compter de la deuxième année d'invalidité, le pourcentage sera exclusivement fixé proportionnellement à la perte de la capacité physique de l'assuré à exercer une quelconque activité professionnelle correspondant à sa situation sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes. L'appréciation de l'invalidité économique est faite par le médecin-conseil de la compagnie sur la base des déclarations et attestations des médecins concernés. Elle est tout à fait indépendante de tout autre critère économique.

Invalidité physiologique

La diminution de l'intégrité physique de l'assuré. Son degré est déterminé par décision médicale en référence au barème officiel belge des invalidités et de la jurisprudence belge en vigueur en la matière.

L'indemnité légale

Si l'assuré est un salarié, fonctionnaire ou militaire, l'indemnité légale correspond à toute intervention légale prévue par la législation sociale belge d'application pour les frais médicaux ou autres concernés.

Par législation sociale belge d'application aux salariés, fonctionnaires ou militaires en cas de maladie ou d'accident, l'on entend :

- la législation relative à l'Assurance obligatoire contre la Maladie et l'Invalidité ;

- la législation relative aux accidents du travail
- la législation relative aux maladies professionnelles.

Si l'assuré est un indépendant, il est parti du principe pour la fixation de l'indemnité légale que l'assuré est affilié à une mutuelle et est assuré aussi bien pour l'assurance obligatoire contre la maladie ou l'invalidité que pour l'assurance libre facultative dans le régime des indépendants.

Dans les deux régimes, il est en outre parti du principe que les paiements de cotisation ont été effectués et qu'un délai d'attente éventuel ait expiré.

L'on entend par intervention légale

- pour les frais engagés en Belgique : tout remboursement auquel l'on peut prétendre dans le cadre de la législation sociale belge en fonction du régime qui est d'application.
- pour les frais engagés à l'étranger : le remboursement prévu par un traité conclu avec le pays concerné ou, à défaut, le montant du remboursement en Belgique si la sécurité sociale belge était d'application.

Maladie

Toute détérioration de la santé non provoquée par un accident, constatée par un médecin légalement habilité à exercer sa profession.

Micro-traumatismes répétés

Ceux-ci entraînent une intervention de la compagnie s'il s'agit de l'apparition d'un lumbago, d'une tendinite (inflammation du tendon), d'une périarthrite, d'une épicondylite latérale (tenniselbow), d'une épicondylite médicale (golfelbow), d'une inflammation de l'épaule, d'une bursite du genou.

Orthèse

Tout appareil orthopédique fixé notamment pour protéger, soutenir ou immobiliser des membres ou d'autres parties du corps.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Traitements médicaux

L'ensemble des moyens médicaux, médico-techniques, thérapeutiques, infirmiers et paramédicaux, à condition que ces traitements soient prescrits par un médecin et utilisés en vue d'améliorer ou de stabiliser l'état de santé de l'assuré.

Voitures de tourisme

La voiture automobile de tourisme affectée au transport de personnes et qui, lors du transport de personnes dans un but lucratif compte au maximum 8 places, celle du conducteur non-comprise.

Sont également considérées comme voitures de tourisme : les jeeps, les monovolumes et les camionnettes.

-