



Assurance collective accidents

Conditions générales - Edition 2019



Introduction

Pourquoi souscrire une « assurance collective accidents » ?

Les accidents surviennent quand on s'y attend le moins et peuvent occasionner des blessures graves et entraîner de lourdes conséquences financières.

Le présent contrat d'assurance « Collective Accidents » s'insère dans ce cadre et vous indemnise pour les blessures que vous (l'assuré*) avez encourues lors de l'accident*.

« L'Assurance Collective Accidents » couvre 4 situations différentes énumérées ci-dessous. Un tel contrat « Assurance Collective Accidents » peut être souscrit par situation.

1. **Événements*** : Vous êtes une entreprise (preneur d'assurance*) qui organise ou participe annuellement à plusieurs événements. Grâce à ce contrat annuel, vous indemnisez le(s) bénéficiaire(s)* (assuré(s)) pour les blessures qu'ils peuvent encourir durant l'événement à la suite d'un accident, y compris sur la route de et vers l'événement.
2. **Accidents dans le cadre de la vie privée* des travailleurs** : Vous êtes une entreprise (preneur d'assurance) et vous souhaitez assurer vos travailleurs (assurés) contre les conséquences d'un accident survenu dans le cadre de leur vie privée ;
3. **Accidents dans le cadre de la vie privée et professionnelle* d'une association professionnelle (groupe)** : Vous êtes une association, un groupe (preneur d'assurance) regroupant des personnes (sous statut d'indépendant ou sur une base non rémunérée) au niveau local, régional ou national au sein d'une activité professionnelle déterminée ou d'un secteur et vous souhaitez assurer les membres (assurés) contre les conséquences d'un accident survenu durant leurs activités professionnelles (y compris sur le chemin du travail) et dans le cadre de leur vie privée.
4. **Accidents durant les activités avec une association non professionnelle** : Vous êtes une association (preneur d'assurance) qui regroupe des personnes au niveau local, régional ou national et qui organise des activités relatives à des centres d'intérêt ou thèmes déterminés en dehors de la sphère professionnelle. Les membres (assurés) sont couverts pour les blessures subies lors d'un accident survenu durant ces activités, y compris sur le chemin de cette activité.

Contenu du contrat d'assurance

La police contient d'abord les données vous concernant, les garanties souscrites, les montants assurés et la prime.

Les **conditions générales** décrivent nos engagements réciproques et le contenu des garanties et des exclusions.

Enfin, les **conditions particulières** complètent les conditions générales et s'appliquent spécifiquement à votre contrat d'assurance. Elles annulent les conditions générales dans la mesure où elles leur seraient contraires.

Consultation du contrat

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert-II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com
Assureur agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092
RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 – Banque: IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB

La table des matières vous fournit un aperçu des conditions générales de votre contrat. Le lexique vous propose la définition et la portée exacte de plusieurs notions.

Garanties du contrat

« L'assurance collective accident » prévoit 4 types d'indemnités :

- Décès
- Invalidité permanente*
- Invalidité temporaire
- Frais médicaux

Sinistre

Afin de vérifier s'il s'agit d'un sinistre assuré, veuillez consulter votre contrat et la garantie concernée dans les conditions générales.

Les mesures à prendre sont détaillées dans le chapitre « Sinistres » des présentes conditions générales.

Plaintes

Si vous avez en tant que client une plainte concernant un produit de MS Amlin Insurance SE, nos services ou un tiers agissant en notre nom, nous vous invitons en premier lieu à prendre contact avec le gestionnaire de dossier concerné au sein de MS Amlin Insurance SE et/ou son responsable.

Si cette démarche ne vous apporte pas une réponse satisfaisante vous pouvez déposer une plainte formelle auprès du service des plaintes par courriel (gestiondeplaintes.be@msamlin.com) ou par lettre à l'adresse suivante :

MS Amlin Insurance SE
à l'att. de la Gestion des plaintes Belgique
Boulevard du Roi Albert II, 37
B-1030 Bruxelles

Si vous ne pouvez pas accepter la réponse définitive de notre service clients, vous pouvez introduire un recours auprès de l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles (voir aussi www.ombudsman.as).

Avis relatif à la protection des données

Vos données ont été ou seront collectées ou reçues par MS Amlin. Nous gérons les données à caractère personnel conformément aux principes et aux lois en matière de protection des données. Nous avons besoin de données à caractère personnel pour fournir des services d'assurance de qualité et nous ne collecterons que les données nécessaires. Il peut s'agir d'informations personnelles telles que le nom, l'adresse, les coordonnées, les numéros d'identification, les informations financières et le profil de risque. L'avis complet est disponible sur <https://www.msamlin.com/en/site-services/data-privacy-notice/avis-de-la-protection-des-donnees-des-clients.html>.

Une version papier est également disponible en contactant le Data Protection Officer (Responsable de la Protection des Données) par email (dataprotectionofficer@msamlin.com) ou par courrier à l'adresse ci-dessous.

Délégué à la protection des données (The Data Protection Officer)
MS Amlin Corporate Services - The Leadenhall Building
122 Leadenhall Street
Royaume-Uni - Londres
EC3V 4AG

Table des Matières

Introduction	2
Table des Matières	5
Lexique	7
Données personnelles	8
Les Garanties	11
Chapitre 1 : Généralités	11
Article 1 : objet de l'assurance	11
Article 2 : Zone territoriale de l'assurance	11
Article 3 : Durée de la garantie	11
Article 4 : Garanties	11
Chapitre 2 : Décès, invalidité permanente, invalidité temporaire, frais médicaux	11
Article 5 : Décès	11
Article 6 : Invalidité permanente	12
Article 7 : Invalidité temporaire	13
Article 8 : Frais médicaux	13
Chapitre 3 : Garanties complémentaires automatiquement incluses	13
Article 9 : Paraplégie* ou quadriplégie*	13
Article 10 : Enfants	14
Article 11 : Frais de Réadaptation	14
Article 12 : Soutien psychologique	14
Article 13 : Frais d'inhumation (crémation)	14
Article 14 : Domicile, lieu de travail, frais de déplacement et adaptation de la voiture	14
Article 15 : Rapatriement du corps	14
Article 16 : Frais d'hôtel et de rapatriement	15
Article 17 : Frais de sauvetage	15
Article 18 : Aide familiale	15
Article 19 : Décès d'un enfant à naître	15
Dispositions communes à toutes les garanties	16
Chapitre 4 : Limites des garanties	16
Article 20 : Exclusions communes à toutes les garanties	16
Article 21 : Risque de cumul : Cumul par accident	17
Article 22 : Terrorisme	17
Chapitre 5 : Déclaration d'accident - formalités	19
Article 23 : Délai de déclaration	19
Article 24 : Déclaration tardive et déchéance du droit à l'indemnisation	19
Article 25 : Forme de la déclaration	19
Article 26 : Certificat médical	19
Article 27 : Renseignements et enquête demandés par la Compagnie	19
Article 28 : Circonstances de l'accident	19
Article 29 : Soins	19
Article 30 : Non-respect des formalités et réclamation de l'indemnité	20

Chapitre 6 : Expertise médicale et détermination du degré d'invalidité.....	20
Article 31 : Expertise médicale	20
Article 32 : Conséquences directes de l'accident.....	20
Article 33 : Degré d'invalidité permanente	20
Article 34 : Contestations médicales	20
Article 35 : Caractère libératoire de l'indemnisation	21
Chapitre 7 : Prime	21
Article 36 : Modalités relatives au paiement de la prime	21
Article 37 : Modifications des conditions d'assurance et/ou des primes par la Compagnie	22
Chapitre 8 : Description et modifications du risque	22
Article 38 : Description du risque	22
Article 39 : Réduction du risque	23
Article 40 : Aggravation du risque.....	23
Chapitre 9 : La vie du contrat	24
Article 41 : Prise d'effet du contrat.....	24
Article 42 : Durée du contrat	24
Article 43 : Fin de la garantie pour l'assuré	24
Article 44 : Résiliation du contrat	24
Article 45 : Modalités de résiliation	25
Article 46 : Faillite du preneur d'assurance	25
Article 47 : Juridiction compétente	25
Article 48 : Subrogation	25
Article 49 : Le traitement des données personnelles.....	25

Lexique

Accident

Un événement soudain et involontaire causant des dommages corporels et dont la cause ou une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré.

Sont considérés comme accidents:

- Insolation, piqûre d'insecte, engelure, noyade, étranglement, la foudre ou toute autre décharge électrique, coup de chaleur et brûlure par des matières corrosives.
- Dommage corporel résultant de l'autodéfense légitime, d'un sauvetage ou d'une tentative de sauvetage de personnes, d'animaux en danger ou de marchandises.
- Les conséquences d'un traitement médical inapproprié et/ou de premiers soins, d'une infection de la plaie ou d'un empoisonnement du sang directement liées à un accident couvert.
- Brûlure du soleil, épuisement, famine et/ou déshydratation résultant d'une inondation, d'un éboulement, d'une avalanche, d'une congélation, d'un atterrissage d'urgence, d'un naufrage ou d'un isolement involontaire d'une autre manière.
- Un empoisonnement aigu dû à l'ingestion soudaine et involontaire de produits solides, liquides et/ou gazeux autre que l'empoisonnement résultant de la consommation de médicaments.
- Contamination par des pathogènes à la suite directe d'une chute involontaire dans l'eau ou dans toute autre substance ou d'une immersion dans cette eau ou substance à l'occasion d'une tentative de sauvetage de personnes, d'animaux ou de marchandises.
- L'introduction soudaine et involontaire de substances ou d'objets dans le système digestif, les voies respiratoires, les yeux ou les oreilles, causant des lésions internes, à l'exception de l'ingestion de pathogènes.
- « syndrome postwhiplash » c.à.d. les limitations corporelles fonctionnelles qui sont la conséquence d'un traumatisme d'accélération/décélération de la colonne cervicale.
- Un ensemble de symptômes constaté de manière plus ou moins importante à la suite d'une commotion cérébrale (traumatisme crânien).

ASBL TRIP

L'association sans but lucratif intitulée Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP) instituée par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Assuré

La/les personne(s) et/ou le groupe cible mentionnés dans les conditions particulières.

Assureurs

Les personnes qui couvrent le risque assuré ou qui couvrent conjointement le risque assuré, chacune pour la part qu'elle a souscrit ou qui a été souscrite en son nom.

Bénéficiaire(s)/Ayant(s) droit

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert-II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com

Assureur agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092
RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 – Banque: IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB

Celui/ceux au bénéfice duquel/desquels les prestations d'assurance sont souscrites.

Date de consolidation

Date à laquelle l'état physique et les lésions de la victime n'évoluent plus et ont atteint un degré de stabilité (constaté par le médecin).

Docteur/médecin compétent

Tout professionnel agréé de la médecine disposant du diplôme exigé et satisfaisant aux conditions exigées pour l'exercice de sa profession, telles que fixées et reconnues par l'ordre des médecins ou une autorité médicale équivalente du pays dans lequel il exerce son art.

Données personnelles

Toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable.

Enfants

Enfants célibataires de l'assuré, de moins de 25 ans, et vivant au domicile de l'assuré ou louant un logement dans le cadre d'études.

Étranger

Tout pays à l'exception de celui dans lequel l'assuré est établi

Événement

Manifestations sociales, culturelles, commerciales, sportives et/ou de loisirs, organisées par le preneur d'assurance ou auxquelles le preneur d'assurance et des invités participent.

Franchise anglaise

Le pourcentage d'invalidité permanente devant être au moins atteint pour être admis au bénéfice de l'indemnité. Dans ce cas, cette invalidité permanente est intégralement prise en charge.

Guerre

Un conflit armé, déclaré ou non, entre deux États, une invasion ou l'appel à l'état de siège.

Y sont assimilés : toutes les actions similaires, le recours à la force militaire par un État souverain afin de réaliser certains objectifs économiques, géographiques, nationalistes, politiques, religieux ou autres.

Guerre civile

Un conflit armé entre deux ou plusieurs parties appartenant à un même État pour des motifs ethniques, religieux ou idéologiques.

Y sont assimilés : un soulèvement armé – une révolution – une rébellion – un coup d'État – les conséquences d'une loi martiale – la fermeture des frontières ordonnée par un gouvernement ou par les autorités locales.

Hôpital

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert-II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com

Assureur agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092
RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 – Banque: IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB

Un établissement agréé par les autorités pour le traitement médical des patients alités qui :

- Dispose des équipements de diagnostic et de chirurgie ;
- Dispose de personnel infirmier 24 heures sur 24
- Qui est sous la surveillance de médecins et ;
- Qui n'est pas une maison de retraite, une maison de repos, un home ou un établissement psychiatrique (également pour les troubles du comportement), un sanatorium ou une clinique réservée au traitement des alcooliques et des toxicomanes ; même s'ils se trouvent au même endroit.

Intoxication

État dû à l'ingestion de substances dans l'organisme de l'assuré portant le taux mesuré d'alcool pur et/ou de produits stupéfiants (il)légaux à un niveau supérieur au niveau autorisé par la législation dans le pays dans lequel le sinistre survient.

Invalidité/Incapacité

Perte (fonctionnelle) permanente, totale ou partielle de tout membre ou organe du corps de l'assuré. Cette invalidité est déterminée sur la base de l'invalidité physique.

Invités

Personne invitée et présente à une manifestation sociale, culturelle, commerciale et/ou sportive, organisée par le preneur d'assurance ou à laquelle le preneur d'assurance participe, à l'exclusion de toute personne liée par un contrat de travail avec le preneur d'assurance et de toute personne liée par un contrat de travail avec les entreprises du groupe auquel le preneur d'assurance appartient.

Paraplégie

La paralysie permanente et totale de deux membres inférieurs, de la vessie et du rectum.

Partenaire

Époux/épouse (qui ne sont pas séparés de corps) ou la personne avec laquelle l'assuré a souscrit un contrat de cohabitation ou la personne de même sexe ou de sexe différent sans lien familial avec laquelle l'assuré cohabite et avec laquelle il forme un ménage, avec la preuve de domiciliation délivrée par l'administration communale.

Preneur d'assurance

La personne qui conclut le contrat d'assurance avec l'assureur moyennant paiement de la prime (et des frais).

Prothèse

Une prothèse pourvoit au remplacement artificiel ou à la correction d'un membre, d'un organe, ou d'une partie d'un organe. Si la prothèse est totalement insérée dans le corps, elle est également appelée un implant. Demeurent exclues: les prothèses auditives (appareils auditifs), les lunettes et lentilles de contact, les dents amovibles et les prothèses buccales fixes.

Quadriplégie

La paralysie permanente et totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs.

Temps de carence/d'attente

La durée mentionnée dans le contrat et qui doit être échue avant que le droit à l'indemnisation produise ses effets. Ce délai débute le lendemain de l'accident.

Terrorisme

Une action clandestinement organisée ou une menace d'action poursuivant des objectifs idéologiques, politiques, ethniques ou religieux, perpétrée individuellement ou par un groupe, et dans le cadre de laquelle la violence est imposée à des personnes ou la valeur économique d'un bien corporel ou incorporel est totalement ou partiellement détruite :

- soit pour impressionner le public, créer un climat d'insécurité ou mettre la pression sur les autorités ;
- soit pour faire obstacle à la circulation ou au fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Vie privée

Le temps qui s'écoule en dehors de la vie professionnelle et qui est consacré à des activités non rémunérées.

Vie professionnelle

La durée que l'assuré consacre dans le cadre de l'activité professionnelle renseignée, en ce compris le chemin du et vers le travail.

Nous – la Compagnie

MS Amlin Insurance SE, 37 Boulevard du Roi Albert II, 1030 Bruxelles, 02/894.70.00, www.msamlin.com, agréé par la BNB sous le numéro de 3092. RPM Bruxelles TVA BE 0644.921.425 - IBAN: BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB.

Les Garanties

Chapitre 1 : Généralités

Article 1 : objet de l'assurance

L'assurance fournit une couverture aux conditions et dans les limites précisées dans les conditions générales et particulières, garantit le paiement de l'indemnisation à l'/aux assuré(s) (ou bénéficiaire(s)*) pour la/les blessure(s) que l'/les assuré(s) a/ont encourue(s) lors d'un accident*.

Les indemnités en cas de décès, d'invalidité permanente et de frais médicaux sont calculées et payées sous la forme d'un capital non indexé tel que défini dans les conditions particulières. Une indemnité quotidienne non indexée et indiquée dans les conditions particulières est accordée pour l'invalidité temporaire.

Article 2 : Zone territoriale de l'assurance

L'assurance produit ses effets dans le monde entier pour autant que le preneur d'assurance* possède son domicile habituel ou son siège social en Belgique ou au Luxembourg.

Article 3 : Durée de la garantie

Nous vous assurons pour les conséquences d'un accident survenu pendant la durée de validité du présent contrat.

Article 4 : Garanties

Nous garantissons les indemnités suivantes en cas d'accident :

- Décès
- Invalidité permanente*
- Invalidité temporaire
- Frais médicaux

Chapitre 2 : Décès, invalidité permanente, invalidité temporaire, frais médicaux

Ces garanties s'appliquent pour autant qu'elles soient mentionnées dans les conditions particulières.

Article 5 : Décès

L'assuré décède à la suite d'un accident.

- Si un accident est la cause directe et exclusive du décès d'un/des assuré(s), le montant assuré prévu est payé uniquement si le décès intervient dans un délai de 3 ans à compter de la date de l'accident.
- Si une indemnité a déjà été payée pour une invalidité permanente résultant du même accident et si l'assuré décède à la suite de cet accident dans le délai susmentionné de 3 ans, cette indemnité est alors portée en déduction de celle due pour le décès (si cette dernière est supérieure). Aucune demande de remboursement ne sera émise si l'indemnité déjà payée pour l'invalidité permanente est supérieure à celle due pour le décès.

- Si le décès survient après la date de consolidation*, mais avant celle de signature de la quittance, seul le montant assuré en cas de décès sera dû.
- L'indemnité due en cas de décès peut être cumulée avec celles, étrangères à ce contrat d'assurance, pouvant être dues à l'/aux assuré(s)/bénéficiaire(s) en vertu de la loi sur la sécurité sociale ou d'autres contrats d'assurance éventuels.
- L'indemnité est payée au(x) partenaire(s)* de l'/des assuré(s) et, à défaut, à ses/leurs enfants nés ou à naître (y compris ceux prenant la place d'un enfant décédé antérieurement). À défaut de partenaire(s) ou d'enfants, l'indemnité sera payée à l'/aux héritier(s) légal/légaux (à l'exclusion de toute autorité (publique) et des créanciers ordinaires ou privilégiés), pour autant qu'aucun bénéficiaire ne soit mentionné dans les conditions particulières.
- À défaut de bénéficiaire(s), la Compagnie limite son intervention au remboursement des frais d'inhumation (crémation), à concurrence d'au maximum le montant assuré pour le décès, au tiers qui a réellement acquitté ces frais.

Article 6 : Invalidité permanente

L'assuré souffre d'une invalidité permanente à la suite d'un accident.

- Si un accident est la cause directe et exclusive de l'invalidité permanente de l'assuré, le degré d'invalidité permanente est déterminé à la date de la consolidation, et au plus tard 3 ans après la date de l'accident, en se fondant sur « l'échelle européenne de l'évaluation des préjudices causés à l'intégrité physique et psychique ».
- Le degré d'invalidité permanente est déterminé sans tenir compte des activités professionnelles de l'assuré (il s'agit donc uniquement de l'inaptitude physique).
- Un même accident ne peut engendrer le cumul de l'indemnité pour décès et celle pour l'invalidité permanente (article 5).
- L'invalidité permanente est assimilée à 100 % si le degré d'invalidité à la date de la consolidation est fixé à 67 % ou plus.
- Le droit à l'indemnité continue de produire ses effets si l'/les assuré(s) décède(nt) avant la date de la détermination du pourcentage de paiement pour une cause étrangère à l'accident. Le montant de l'indemnité est déterminé sur la base du degré d'invalidité prévu par les rapports médicaux déterminant l'invalidité permanente prévisible si l'assuré n'était pas décédé.
- L'indemnité due en cas d'invalidité permanente peut être cumulée avec celles, étrangères à ce contrat d'assurance, pouvant être dues à l'assuré en vertu de la loi sur la sécurité sociale ou d'autres contrats d'assurance éventuels.
- L'indemnité est payée à l'/aux assuré(s) en cas de vie. En cas de décès, voir l'article 5.
- Si l'état de santé ne permet pas de déterminer la consolidation une année après la date de l'accident, la Compagnie paie, à la demande de l'/des assuré(s), une provision qui est, au plus, égale à la moitié du montant correspondant à l'invalidité permanente prévisible à cette date. Cette provision peut uniquement être demandée si le degré probable d'invalidité constaté par le médecin-conseil de la Compagnie excède au moins 20 %. Si, à la date de la consolidation, il apparaît que le montant de la provision est supérieur à l'indemnité finalement due, l'excédent demeure acquis, sauf en cas de fraude.

Article 7 : Invalidité temporaire

L'assuré souffre d'une invalidité temporaire à la suite d'un accident.

- Si un accident est la cause directe et exclusive de l'invalidité temporaire de l'/des assuré(s), l'indemnisation mentionnée dans les conditions particulières est payée. Elle est due à compter du premier jour après l'échéance de la durée de carence*, et ce, jusqu'à la date de consolidation, mais uniquement pendant la période maximale visée dans les conditions particulières. Si aucune mention n'est faite dans les conditions particulières, la durée de carence s'élève à 31 jours calendrier et la période maximale de paiement d'une indemnité journalière est de 3 années à compter de la date de l'accident.
- Si l'invalidité temporaire est inférieure à 100 %, l'indemnité journalière est calculée proportionnellement, et ce, sur la base du pourcentage déterminé par le médecin compétent*. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, la Compagnie n'intervient pas pour une invalidité temporaire inférieure ou égale à 10 % (franchise anglaise*).
- L'indemnité journalière pour invalidité temporaire est payée sans préjudice des indemnités dues en cas de décès et d'invalidité permanente.
- L'indemnité journalière due en cas d'invalidité temporaire peut être cumulée avec des indemnités étrangères au présent contrat d'assurance et dont peut/peuvent bénéficier l'/les assuré(s).
- L'indemnité journalière est payée à l'/aux assuré(s).

Article 8 : Frais médicaux

L'assuré doit exposer des frais médicaux à la suite d'un accident.

- Si des frais médicaux doivent être exposés à la suite d'un accident, ces frais sont indemnisés jusqu'à la date de guérison et, au plus tard, jusqu'à la date de consolidation ou pendant une durée maximale de 3 ans à compter de la date de l'accident, via un montant forfaitaire fixé dans les conditions particulières. Si, à la suite de l'accident, l'/les assuré(s) perçoit/perçoivent des versements dus en vertu de la loi sur la sécurité sociale (mutuelles), les maladies professionnelles, l'assureur des accidents du travail ou d'autres contrats d'assurance tels que l'assurance hospitalisation, les polices privées accidents, familiales ou de groupe, la Compagnie intervient uniquement après déduction du montant total des paiements susmentionnés.
- Les frais médicaux désignent les frais de traitement devant être nécessairement exécutés sur un plan strictement médical ou qui sont prescrits par un médecin, pouvant légalement exercer son art, ainsi que les frais afférents à une hospitalisation*, à une prothèse*, à un traitement orthopédique, à une intervention chirurgicale ou esthétique ou à un transport nécessaire aux fins d'un traitement médical.

Chapitre 3 : Garanties complémentaires automatiquement incluses

Article 9 : Paraplégie* ou quadriplégie*

Dans un cas de paraplégie ou de quadriplégie, l'indemnité suivante sera ajoutée à celle payée pour l'invalidité permanente de l'/des assuré(s) :

- Paraplégie : € 25 000,00
- Quadriplégie : € 50 000,00

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert-II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com

Assureur agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092
RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 – Banque: IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB

Article 10 : Enfants

Si une indemnité est payée pour le décès d'un assuré tel que visé à l'article 5 à la suite d'un accident, le montant à payer sera majoré de 5 000,00 € par enfant. Le montant total de cette majoration sera limité à 20 % du montant assuré pour le décès pour l'ensemble de tous les enfants.

Article 11 : Frais de Réadaptation

Si une indemnité est payée pour la perte d'un membre ou de la vue ou pour une surdité totale/partielle, la Compagnie paie les frais raisonnables afférents à la réadaptation de l'/des assuré(s)   un travail adapté si l'intéressé ne peut plus exercer sa profession et si un médecin-conseil de la Compagnie confirme la nécessité de la dite réadaptation.

Cette intervention s'élève au montant de l'intervention personnelle de l'/des assuré(s) et est plafonnée à un montant de 10 000,00 € (après épuisement de l'indemnité de la mutuelle, de l'organisme public concerné ou de toute autre assurance).

Article 12 : Soutien psychologique

Si l'indemnité temporaire excède 50 % 6 mois après la date de l'accident, la Compagnie paie les frais afférents au soutien psychologique professionnel de l'assuré. Le montant s'élève au montant de l'intervention personnelle de l'/des assuré(s) et est plafonnée à un montant de 5 000,00 € (après épuisement de l'indemnité de la mutuelle, de l'organisme public concerné ou de toute autre assurance).

Article 13 : Frais d'inhumation (crémation)

Si un montant est payé pour le décès d'un assuré tel que visé à l'article 5 à la suite d'un accident, la Compagnie paie les frais raisonnables d'inhumation et de crémation jusqu'à un montant maximal de 7 500,00 €, après épuisement de la couverture d'une éventuelle assurance décès ou d'une assurance équivalente.

Article 14 : Domicile, lieu de travail, frais de déplacement et adaptation de la voiture

Si l'assuré souffre de blessures contractées lors d'un accident et si des adaptations s'avèrent dès lors nécessaires à son domicile (déménagement éventuel) et/ou lieu de travail et/ou voiture (y compris, sans toutefois s'y limiter, l'installation de rampes pour l'accès externe et interne d'une chaise roulante, des rails intérieurs, des systèmes d'alarme en cas d'urgence et des outils comparables afférents à l'invalidité) afin de pouvoir vaquer à ses occupations quotidiennes (telles que la lessive, la cuisine, le bain, s'habiller), de pouvoir travailler et se déplacer, la Compagnie intervient à concurrence de 80 % de l'intervention propre complémentaire afférente à de telles adaptations, avec un maximum de 15 000,00 € (après épuisement de l'indemnisation de la mutuelle, de l'organisme public concerné ou de toute autre assurance), pour autant que de telles adaptations soient réalisées avec l'accord écrit préalable de la Compagnie et après avis d'un ergonomiste et/ou du médecin-conseil de la Compagnie.

Article 15 : Rapatriement du corps

Si la cause directe et exclusive du décès de l'assuré est un accident survenu durant son séjour dans un pays autre que celui de son domicile, les frais relatifs au rapatriement du corps seront indemnisés à concurrence d'un montant maximal de 5 000,00 €, outre le montant assuré pour le décès, après intervention d'une éventuelle assurance assistance ou d'une assurance équivalente.

MS Amlin Insurance SE | Boulevard Roi Albert-II 37, 1030 Bruxelles | Tel +32 (0)2 894 70 00 | www.msamlin.com

Assureur agrée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3092
RPM Bruxelles – TVA BE0644 921 425 – Banque: IBAN BE77 2100 0008 6342 - BIC GEBABEBB

Article 16 : Frais d'hôtel et de rapatriement

Si, à la suite directe et exclusive d'un accident survenu dans un pays autre que celui de son domicile, l'assuré doit engager des frais d'hôtel et de rapatriement nécessaires et complémentaires et si ces frais sont également justifiés pour raisons médicales, la Compagnie remboursera ces montants à concurrence de 5 000,00 € au plus, en sus des montants assurés prévus après épuisement de l'éventuelle assurance assistance ou d'une assurance équivalente.

Article 17 : Frais de sauvetage

Si un tiers (n'étant pas l'/les assuré(s) ni le preneur d'assurance) encourt des blessures corporelles alors qu'il/elle essaie de sauver la vie de l'/des assuré(s) et si ces blessures entraînent le décès ou l'invalidité permanente de ce tiers dans un délai de trois ans, la Compagnie paiera à ce tiers (ou, en cas de décès, à ses héritiers), en cas de réclamation au/aux assuré(s)/preneur d'assurance, un montant de 25 000,00 €.

Article 18 : Aide familiale

Si l'invalidité temporaire excède 50 % 6 mois après la date de l'accident, la Compagnie indemnise, si nécessaire, un montant maximal de 5 000,00 € correspondant à l'intervention propre afférente à une aide familiale agréée par l'État et effectuant le ménage chez l'/les assuré(s). Cette indemnité est exclusivement payée si la Compagnie a préalablement marqué son accord écrit sur l'engagement de ces frais. Elle est payée après déduction de l'intervention d'une couverture légale ou similaire (mutuelle, etc.).

Article 19 : Décès d'un enfant à naître

Si une assurée enceinte perd son enfant à naître âgé de 24 semaines ou plus à la suite d'un accident couvert par une police d'assurance, la Compagnie indemniserà les frais d'inhumation de l'enfant prématurément décédé et/ou les frais des effets déjà achetés pour l'enfant. Ces frais sont indemnisés à concurrence d'un montant maximal de 5 000,00 €.

Dispositions communes à toutes les garanties

Chapitre 4 : Limites des garanties

Article 20 : Exclusions communes à toutes les garanties

Ne sont pas couvertes, les blessures résultant directement ou indirectement d'accidents dus :

- À la participation à toute forme de troubles tels que des grèves, des actes de terrorisme* ou de sabotage, des actes de violence, des agressions, des combats autres que l'autodéfense légitime et des actes de violence d'inspiration collective, politique ou idéologique.
- À l'intention ou la mauvaise foi de l'/des assuré(s) ou du/des bénéficiaire(s) du paiement.
- À des affections psychiques, de quelque nature qu'elles soient, sauf s'il est médicalement démontré qu'elles sont la conséquence directe d'une lésion cérébrale due à l'accident.
- À des affections survenant lors ou résultant d'une réaction atomique, quel que soit le mode de génération de la réaction. Par réaction atomique, il convient d'entendre toute réaction nucléaire libérant de l'énergie telle que la fusion nucléaire, la fission nucléaire, la radioactivité artificielle et naturelle.

Toutefois, la garantie continue de produire ses effets si l'accident est survenu lors de visites occasionnelles et pour autant que l'assuré ne participe pas à l'examen ou à la manutention des éléments radioactifs. La garantie s'applique également dans le cadre de l'irradiation médicale rendue nécessaire par un accident couvert.

- À l'ivresse, l'intoxication*, la consommation de stupéfiants ou de produits similaires, sauf s'il est prouvé que ces états n'ont aucun lien avec l'accident.
- À des paris, des défis ou la participation à des actes manifestement téméraires de l'/des assuré(s).
- À un tremblement de terre ou une autre catastrophe naturelle, sauf s'il est démontré qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre ces événements et l'accident.
- À la guerre* ou des faits similaires et la guerre civile*, sauf si la victime a été surprise à l'étranger* par la survenance des hostilités et si elle est victime d'un accident dans un délai de 15 jours à compter du début desdites hostilités. Le délai peut être prolongé jusqu'à la date à laquelle l'intéressé dispose des moyens nécessaires afin de quitter le territoire. La couverture n'est nullement acquise si l'assuré a participé activement à ces hostilités.
- À un état médical préexistant, tel que des maladies cardiaques et vasculaires, l'épilepsie, le diabète, des troubles psychologiques, le délirium tremens, notamment.
- Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, à la conduite d'un véhicule à moteur pour laquelle la loi impose un permis de conduite de type A (véhicule à moteur d'une cylindrée supérieure à 50 cc).
- Au suicide ou à la tentative de suicide et à l'automutilation.
- À l'enlèvement ou une demande de rançon.

- Aux accidents causés comme conducteur ne satisfaisant pas aux conditions imposées par la loi et la réglementation afin de pouvoir conduire le véhicule concerné.
- Aux sports, dont :
 - La pratique d'un sport comme professionnel ou amateur rémunéré.
 - La pratique de sports de combat et de défense, à l'exception des sports suivants : judo, aikido, taï chi chuan, escrime, pratiqués dans une association sportive avec un accompagnement professionnel .
 - Le pilotage d'aéronefs et la pratique de sports aériens (tels que le saut en parachute, les planeurs, les ULM, les ballons, les deltaplanes, le parapente, DPM, benji, basejumping).
 - Les courses cyclistes et tous les sports motorisés, ainsi que la préparation à des courses, démonstrations, et ce, en qualité de pilote, de conducteur ou de passager, à l'exception du karting (les courses de karting demeurant exclues).
 - Les concours hippiques, y compris le jumping et le horse-ball.
 - L'escalade, le canyoning, la spéléologie, l'alpinisme, le saut à ski, le bobsleigh, la luge, le rafting, la plongée, l'escalade de glaciers, le down-hill, le parasailing, le saut à l'élastique, le saut à ski, le ski et le snowboard (sports d'hiver) hors piste.

Toutefois, certains sports susmentionnés peuvent être assurés moyennant le paiement d'une prime complémentaire et après accord de la Compagnie.

Article 21 : Risque de cumul : Cumul par accident

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le montant maximal assuré par accident s'élève à 10.000.000,00 €. Si le nombre d'assurés présents à la date de l'accident est tel que le montant maximal susmentionné est dépassé en vertu de ce nombre, les montants assurés par personne seront proportionnellement réduits jusqu'à ce que le montant maximal par accident soit atteint.

Article 22 : Terrorisme

En ce qui concerne les dommages causés par un acte de terrorisme, nous adhérons à l'ASBL TRIP*, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Square de Meeûs 29. Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de toutes les compagnies d'assurances adhérant à l'ASBL est limitée à 1 milliard EUR par année calendaire pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme actes de terrorisme au cours de cette année calendaire. Ce montant est annuellement adapté le 1er janvier sur la base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, avec comme référence l'indice du mois de décembre 2005. Dans le cas d'une modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable à compter de la première échéance suivant la modification, sauf si le législateur a explicitement prévu un autre régime transitoire.

Si le montant total des indemnités calculées ou estimées est supérieur au montant visé à l'alinéa précédent, une règle de proportionnalité est alors appliquée : les indemnités à

payer sont limitées au rapport entre le montant visé à l'alinéa précédent ou des moyens encore disponibles pour cette année calendaire et les indemnités à payer et affectées à cette année calendaire.

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition du terrorisme.

Afin que le montant mentionné au paragraphe précédent ne soit pas excédé, ce Comité détermine, dans un délai maximal de six mois à compter de l'événement, le pourcentage de l'indemnité que les compagnies d'assurances adhérant à l'ASBL doivent payer à la suite de l'événement. Le Comité peut réviser ce pourcentage. Au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant celle de l'événement, le Comité prend une décision définitive sur le pourcentage à payer de l'indemnité.

L'assuré ou le bénéficiaire ne peut nous réclamer l'indemnisation qu'après que le Comité ait fixé le pourcentage. Nous payons le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité réduit le pourcentage, la réduction de l'indemnisation ne s'appliquera pas aux indemnités déjà payées ni à celles encore à payer et pour lesquelles une décision a déjà été communiquée à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité augmente le pourcentage, la majoration de l'indemnité s'applique à tous les sinistres déclarés comme résultant de l'événement reconnu comme acte de terrorisme.

Si le Comité constate que le montant visé au paragraphe ci-dessus est insuffisant afin d'indemniser tous les dommages subis ou qu'il ne dispose pas d'éléments suffisants afin d'évaluer si ce montant est suffisant, les dommages aux personnes sont prioritairement indemnisés.

L'indemnisation morale est payée après toutes les autres indemnités.

Toute limite, exclusion et/ou prolongation dans le temps de l'exécution de nos engagements, visés dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités énoncés dans cet arrêté royal.

Chapitre 5 : Déclaration d'accident - formalités

Article 23 : Délai de déclaration

Le preneur d'assurance, l'/les assuré(s) et/ou le(s) bénéficiaire(s) doivent déclarer l'accident par écrit à la Compagnie dans un délai de 10 jours à compter de la survenance de l'accident et dans un délai de 24 heures si l'accident est immédiatement la cause d'un décès.

Article 24 : Déclaration tardive et déchéance du droit à l'indemnisation

Le droit à l'indemnisation cesse de produire ses effets si la déclaration est faite plus d'une année après la date de l'accident, sauf si le preneur d'assurance, l'/les assuré(s) et/ou le(s) bénéficiaire(s) prouvent qu'il leur était impossible de réaliser la déclaration dans les délais tels que spécifiés à l'article 23.

Article 25 : Forme de la déclaration

La déclaration doit être faite par écrit à l'aide du document que la Compagnie a remis au preneur d'assurance lors de la souscription de la police. La déclaration doit être claire et fidèle à la réalité et doit être signée par le preneur d'assurance et l'assuré.

Article 26 : Certificat médical

Un certificat médical attestant de la nature des blessures et des conséquences de l'accident doit être joint à la déclaration ou doit être transmis immédiatement à la Compagnie dans un délai de 10 jours à compter de la date de l'accident.

Article 27 : Renseignements et enquête demandés par la Compagnie

Le preneur d'assurance, l'/les assuré(s) ou son/leurs ayant(s) droit sont tenus de fournir tous les renseignements utiles dans un délai de 10 jours à compter de la date de la demande de la Compagnie et de répondre à toute question qui leur est posée afin de déterminer les circonstances du sinistre et son ampleur.

La Compagnie peut enquêter sur les déclarations qui lui sont faites. La collaboration nécessaire doit être fournie afin que ses représentants puissent toujours rencontrer l'/les assuré(s) et que les médecins de la Compagnie puissent toujours les examiner dans toutes les circonstances et exécuter toutes les missions nécessaires.

Article 28 : Circonstances de l'accident

Le preneur d'assurance, l'/les assuré(s) ou son/leurs ayant(s) droit doivent décrire aussi correctement que possible les conséquences de l'accident afin que le lien de cause à effet entre l'événement soudain et les blessures corporelles soit clair et que la Compagnie puisse rapidement se prononcer sur cette causalité.

Article 29 : Soins

En cas d'accident, l'/les assuré(s) doit/doivent être traité(s) par un médecin compétent* (compétent pour le traitement des lésions) jusqu'à ce que les possibilités de guérison soient raisonnablement épuisées. La Compagnie n'intervient pas en cas d'aggravation des conséquences d'un accident due à l'absence d'appel ou à l'appel tardif d'une aide médicale ou au refus de l'/des assuré(s) de suivre le traitement médical prescrit.

Article 30 : Non-respect des formalités et réclamation de l'indemnité

Tout droit à une indemnisation cesse de produire ses effets si le preneur d'assurance, l'/les assuré(s) et/ou son/leurs ayant(s) droit ne respecte(nt) pas les obligations susmentionnées afin d'abuser la Compagnie, sauf si la tromperie ne justifie pas la déchéance de l'indemnisation.

Si l'assuré ou le bénéficiaire a été indemnisé et s'il apparaît ultérieurement qu'il s'agit d'une fraude, de corruption ou d'intention volontaire du preneur d'assurance, de l'/des assuré(s) et/ou de son/leurs ayant(s) droit, la Compagnie peut alors réclamer le remboursement de l'indemnité acquittée.

Chapitre 6 : Expertise médicale et détermination du degré d'invalidité

Article 31 : Expertise médicale

Les causes du décès ainsi que les causes, la durée et le pourcentage de l'invalidité sont déterminés, soit sur la base d'un commun accord entre les médecins des parties, soit, à défaut de consensus, via une expertise menée conformément à la procédure ci-dessous. En cas de décès de l'/des assuré(s), l'/les ayant(s) droit doit/doivent autoriser par écrit le médecin-conseil de la Compagnie à consulter le dossier médical du défunt.

Article 32 : Conséquences directes de l'accident

Les indemnisations payées par la Compagnie sont exclusivement déterminées sur la base des conséquences directes de l'accident. Si une lésion corporelle causée par l'accident a affecté un organe ou un membre, dont le fonctionnement était déjà limité avant l'accident, la Compagnie indemnise la perte physique supplémentaire en tenant compte de l'invalidité préalablement existante.

Article 33 : Degré d'invalidité permanente

Le degré d'invalidité permanente est déterminé par un médecin compétent* en la matière conformément au barème officiel d'invalidité européen, et ce, sur la base des blessures constatées et sans tenir compte de la profession ou des activités de l'assuré. La Compagnie paie à l'assuré le montant prévu par la police, et ce, proportionnellement au degré d'invalidité retenu.

Article 34 : Contestations médicales

Dans le cas de l'une ou l'autre contestation médicale relative à la cause de la mort, à l'origine et/ou au degré d'invalidité permanente, à la durée et/ou au degré d'invalidité temporaire ou à l'interprétation des conclusions médicales, les parties se rangeront à l'avis décisif formulé par le médecin traitant et le médecin de la Compagnie.

Si aucun consensus ne peut être dégagé, les deux médecins demanderont l'avis d'un troisième expert. Ce dernier sera désigné, si les deux médecins ne s'entendent pas sur le choix du troisième expert, par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, et ce, à la demande de la partie la plus diligente. Chaque partie paie les honoraires de son médecin. Chaque partie supportera pour moitié ceux du troisième expert.

Les trois experts se prononcent comme un collègue. À défaut d'accord, l'avis du troisième expert est déterminant.

Article 35 : Caractère libératoire de l'indemnisation

La signature de la quittance de la Compagnie par l'/les assuré(s)/bénéficiaire(s) fixe définitivement les droits et obligations des parties. Le paiement de l'indemnisation en résultant est définitivement libératoire et met un terme aux éventuelles autres exigences.

Chapitre 7 : Prime

Article 36 : Modalités relatives au paiement de la prime

Le preneur d'assurance doit payer la prime à la date mentionnée dans l'avis d'échéance. Elle inclut les taxes, cotisations et frais. La prime doit être acquittée à la date d'échéance mentionnée sur la quittance.

À défaut de paiement de la prime, la Compagnie enverra au preneur d'assurance un rappel valant mise en demeure par exploit d'huissier ou par lettre recommandée. Nous nous réservons le droit de vous imputer alors un montant forfaitaire afin de couvrir les frais administratifs. À défaut de paiement de la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain de cette mise en demeure, les garanties seront suspendues et le contrat peut être résilié.

La suspension ne produit ses effets qu'à l'échéance de ce délai de 15 jours. Si nous avons suspendu notre obligation de garantie, nous pouvons résilier le contrat si nous nous en sommes réservé la faculté dans la mise en demeure. Dans l'affirmative, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'au moins 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

Les primes échues durant cette période de suspension nous sont dues à la condition que vous ayez été mis en demeure comme indiqué ci-dessus. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension des garanties. Nous ne pouvons toutefois réclamer davantage que les primes de deux années successives.

Les garanties produiront à nouveau leurs effets à 0 heure le jour suivant celui au cours duquel nous aurons perçu le paiement intégral des primes réclamées, le cas échéant, majorées des intérêts.

Nous pouvons résilier le contrat si cette possibilité est prévue dans la première mise en demeure.

Dans ce cas, la résiliation devient effective à l'expiration du délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

Si nous ne nous sommes pas réservé cette possibilité dans la mise en demeure, la résiliation n'interviendra que moyennant une nouvelle mise en demeure, suivant les modalités précitées.

Si la prime n'est pas directement payée à la Compagnie, le paiement de la prime est libératoire quand il est exécuté à l'intermédiaire d'assurances possédant un état de primes établi par la Compagnie ou qui est intervenu dans la souscription ou l'exécution du contrat.

Article 37 : Modifications des conditions d'assurance et/ou des primes par la Compagnie

Si la Compagnie modifie les conditions d'assurance et/ou les primes, elle peut appliquer les conditions et/ou les primes modifiées à chaque garantie du présent contrat dès l'échéance annuelle suivante, après en avoir avisé le preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut toutefois résilier la garantie concernée ou l'intégralité du contrat dans un délai de trois mois à compter de la réception de cette notification.

Cette faculté de résiliation n'existe pas lorsque les conditions d'assurance et/ou les primes résultent d'une adaptation imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

Chapitre 8 : Description et modifications du risque

Article 38 : Description du risque

Lors de la souscription du contrat, le preneur d'assurance est tenu de communiquer dûment les circonstances qu'il connaît et qu'il peut raisonnablement considérer comme des données que la Compagnie utilise dans le cadre de l'évaluation du risque.

Si une absence de communication volontaire ou une erreur volontaire dans la déclaration abuse la Compagnie dans le cadre des données d'évaluation du risque, le contrat d'assurance est alors frappé de nullité. Les primes échues à la date à laquelle la Compagnie a pris connaissance de cette erreur volontaire lui sont dues.

Si la Compagnie constate une absence de communication volontaire ou une erreur volontaire dans la déclaration, elle propose de modifier le contrat dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle en a été informée, et ce, avec effet rétroactif à la date à laquelle elle a été informée de cette absence de communication volontaire ou de cette erreur volontaire.

Si la Compagnie démontre qu'elle n'aurait jamais assuré le risque, elle peut alors résilier le contrat dans le même délai.

Si le preneur d'assurance n'accepte pas la proposition de modification du contrat à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de cette proposition, la Compagnie peut alors résilier le contrat dans un délai de quinze jours.

Si la Compagnie n'a ni résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais susmentionnés, elle ne peut alors plus invoquer les faits qui lui étaient connus.

Si l'absence de déclaration peut toutefois être reprochée au preneur d'assurance, la Compagnie peut réduire ses prestations uniquement à concurrence du rapport entre les primes payées et les primes que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération.

Dans l'hypothèse que la Compagnie fournisse la preuve qu'elle n'aurait jamais assuré le risque, dont la véritable nature a été dévoilée par le sinistre, la Compagnie limite ses prestations au remboursement de toutes les primes payées.

Si le preneur d'assurance a agi de manière frauduleuse, la Compagnie refusera sa garantie. Dans ce cas, les primes échues à la date à laquelle la Compagnie a pris connaissance de la fraude, sont dues à la Compagnie au titre d'indemnisation.

Article 39 : Réduction du risque

Lorsque le risque assuré a diminué de façon sensible et durable au point que nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions si la diminution avait existé au moment de la conclusion du contrat, nous diminuerons la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

Si nous ne sommes pas en mesure de parvenir à un accord à propos de la nouvelle prime dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution que vous avez formulée, le preneur d'assurance peut résilier le contrat.

Article 40 : Aggravation du risque

Durant la période de validité du contrat, le preneur d'assurance est tenu, conformément à l'article 38, de déclarer les nouvelles circonstances ou les modifications des circonstances de nature à engendrer une aggravation substantielle et permanente du risque de survenance de l'accident.

Si, au cours de la période de validité du contrat d'assurance, le risque que l'accident survienne s'est aggravé de manière telle que la Compagnie aurait accordé l'assurance à d'autres conditions si l'aggravation avait existé à la date de souscription du contrat, ladite Compagnie doit, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle a pris connaissance de l'aggravation du risque, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif à la date de l'aggravation.

Si la Compagnie démontre qu'elle n'aurait jamais assuré le risque aggravé, elle peut alors résilier le contrat dans le même délai. Si le preneur d'assurance ne modifie pas la proposition de modification du contrat d'assurance ou ne l'accepte pas à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de cette proposition, la Compagnie peut alors résilier le contrat dans un délai de quinze jours.

Si la Compagnie n'a ni résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais susmentionnés, elle ne peut alors plus invoquer l'aggravation du risque.

Si un accident survient avant la modification du contrat ou la prise d'effet de la résiliation et si le preneur d'assurance a respecté l'obligation de déclaration, la Compagnie doit accorder les prestations contractuelles.

Si un accident survient et si le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation de déclaration, les prestations de la Compagnie se limiteront au rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération. Si le défaut de déclaration ne peut être reproché au preneur d'assurance, la Compagnie doit accorder la prestation convenue.

Toutefois, si la Compagnie démontre qu'elle n'aurait jamais assuré le risque aggravé, ses prestations en cas de sinistre se limitent au remboursement des primes payées.

Si le preneur d'assurance a agi de manière frauduleuse, la Compagnie refusera sa garantie. Les primes échues à la date à laquelle la Compagnie a pris connaissance de la fraude lui sont dues au titre d'indemnisation.

Chapitre 9 : La vie du contrat

Article 41 : Prise d'effet du contrat

Sauf convention contraire, le contrat prend cours à la date indiquée dans les conditions particulières. La garantie ne peut en aucun cas être accordée avec effet rétroactif.

Article 42 : Durée du contrat

La durée du contrat est définie dans les conditions particulières.

À l'échéance de la période d'assurance, le contrat sera reconduit tacitement pour la période définie dans les conditions particulières, sauf si une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception, au moins trois mois avant la date d'expiration du contrat.

Article 43 : Fin de la garantie pour l'assuré

- Type d'événements : à la date à laquelle l'activité professionnelle du preneur d'assurance (étant une entreprise) prend fin ou, est cédée.
- Type Accidents dans le cadre de la vie privée des travailleurs : à la date à laquelle le contrat de travail entre l'employeur et le travailleur est résilié.
- Type Accidents dans le cadre de la vie privée et professionnelle d'une association professionnelle (groupe) : à la date de la résiliation de l'affiliation, de l'adhésion au preneur d'assurance (étant une association professionnelle (groupe)).
- Type Accidents durant les activités avec une association non professionnelle : à la date de la résiliation de l'affiliation, de l'adhésion au preneur d'assurance (étant une association non professionnelle).

Article 44 : Résiliation du contrat

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- à la fin de chaque période d'assurance, conformément aux modalités prévues à l'article 42 ;
- en cas de diminution du risque, conformément aux modalités prévues à l'article 39 ;
- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou primes, conformément aux modalités prévues à l'article 37 ;
- en cas de faillite ou de concordat judiciaire de la Compagnie ;
- après un sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de payer l'indemnisation. La résiliation produira ses effets 3 mois après la date de la signification.

La Compagnie peut résilier le contrat :

- en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle dans la description du risque au moment de la conclusion du contrat ou en cas d'aggravation du risque, conformément aux modalités prévues à l'article 38 ;

- en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle dans la description du risque en cours de contrat, conformément aux modalités prévues à l'article 38 ;
- après un sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de payer l'indemnisation. La résiliation produira ses effets 3 mois après la date de la signification.
- en cas de refus de votre part de prendre les mesures de prévention de sinistre jugées indispensables par la Compagnie ;
- en cas de non-paiement de la prime, conformément aux modalités prévues à l'article 36 ;
- à la fin de chaque période d'assurance, conformément aux modalités prévues à l'article 42 ;
- en cas de faillite du preneur d'assurance. Toutefois, cette résiliation ne peut intervenir que trois mois après la déclaration de faillite ;
- dans le cas d'une déclaration d'un sinistre qui n'est pas conforme, conformément à l'article 30.

Article 45 : Modalités de résiliation

La résiliation est notifiée par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception.

Sauf disposition contraire dans le contrat, 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 de l'accusé de réception ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

Article 46 : Faillite du preneur d'assurance

En cas de faillite du preneur d'assurance, la Compagnie peut toutefois résilier le contrat au plus tôt trois mois après la date de la déclaration de faillite. Le curateur de la faillite peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de la date de la déclaration de faillite.

Article 47 : Juridiction compétente

Les litiges entre les parties relatifs au contrat d'assurance seront soumis au droit belge.

Article 48 : Subrogation

Si la compagnie est tenue de payer des indemnités ou des frais ou si elle a déjà exécuté ces paiements, elle est subrogée dans tous les droits et actions que le preneur d'assurance, l'/les assuré(s) ou l'/les ayant(s) droit pourraient faire valoir à l'encontre de l'auteur ou du responsable d'un accident, et ce, à concurrence de son intervention. Dès lors, l'accord préalable et explicite de la Compagnie est exigé avant qu'un abandon de recours puisse être accordé.

Article 49 : Le traitement des données personnelles

L'Assureur s'engage à protéger la vie privée du Preneur d'assurances, des Assurés et des Bénéficiaires ainsi qu'à traiter leurs Données personnelles conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) 2016/679 (RGPD) et à la législation nationale adoptée sur la base du RGPD.

A. Identité et coordonnées du responsable du traitement des données

L'Assureur agit en tant que responsable du traitement de vos Données personnelles. L'Assureur est MS Amlin Insurance SE dont le siège social est situé au Boulevard Roi Albert-II 37 à 1030 Bruxelles, agréé par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 2943 RMP Bruxelles – TVA BE0644921425.

B. Données personnelles traitées

Selon son objectif, l'Assureur peut collecter et traiter les Données personnelles renseignements personnels suivants: coordonnées, informations financières, informations concernant un crédit et la solvabilité, ainsi que d'autres Données personnelles fournies par le Preneur d'assurance ou collectée par l'Assureur et ce en rapport avec sa relation avec le Preneur d'assurance.

C. Finalité du traitement des données

Les Données personnelles peuvent être traitées pour les raisons suivantes :

- la gestion du contrat : ex. la communication, la gestion des sinistres et les paiements;
- l'évaluation et la prise de décisions concernant les couvertures, les conditions d'assurance et le règlement des sinistres;
- fournir du support et des conseils;
- la gestion des activités commerciales et des infrastructures informatiques;
- la prévention, la détection et la recherche d'infractions telles la fraude et le blanchiment d'argent;
- Préparation, exercice ou justification d'une action en justice;
- le respect des lois et règlements (y compris les lois et prescriptions en dehors du pays où vous êtes établi);
- surveiller et enregistrer les conversations téléphoniques pour des raisons de qualité, de formation et de sécurité; et
- marketing (direct), études de marché et analyses.

D. Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Selon ses objectifs, l'Assureur s'appuie sur les bases légales suivantes pour justifier le traitement des Données personnelles nécessaires à : (i) la l'exécution de la police, (ii) pour se conformer aux obligations légales en tant qu'Assureur et/ou (iii) ses intérêts légitimes. Lorsque l'Assureur se base sur ses intérêts légitimes, cela comprend le développement de l'activité commerciale et la poursuite des objectifs commerciaux, l'analyse et le renforcement de sa position sur le marché, le commerce et la promotion de ses services (y compris par le marketing direct) ainsi que l'entretien et le développement de la relation avec ses clients.

E. Destinataires des Données personnelles

Les Données personnelles peuvent circuler en interne chez l'Assureur (ex : marketing, sales, etc.), mais ne seront accessibles qu'aux personnes qui en ont besoin dans l'exercice de leurs fonctions. L'Assureur peut également transmettre les Données personnelles à des sous-traitants, des fournisseurs et autres prestataires de services (ex : agences de marketing, fournisseurs de services informatiques, etc.). En outre, les Données personnelles pourront être partagées au sein des filiales du groupe MS Amlin et/ou avec les intermédiaires et/ou réassureurs avec lesquels l'Assureur collabore. Elles pourront également être transmises aux autorités de contrôle ou des tiers si le contrat l'exige dans sa totalité ou en partie.

F. Confidentialités

Toutes les Données personnelles seront traitées avec la plus grande discrétion.

G. Délais de conservation

Les Données personnelles seront conservées pendant la durée du contrat, et au-delà jusqu'au moment où elles ne sont plus nécessaires pour les fins spécifiées ci-dessus. De plus, il existe des lois et des règlements applicables en la matière qui imposent à l'assureur des délais minimums pour la conservation de certains documents et/ou informations.

H. La transmission des Données personnelles est une condition nécessaire la conclusion du contrat

Le refus par le Preneur d'assurance potentiel de transmettre ses Données personnelles réclamées par l'Assureur peut empêcher la conclusion du contrat.

I. Droits du Preneur d'assurance, de l'Assuré et du Bénéficiaire

Le Preneur d'assurance, l'Assuré et, si nécessaire, le Bénéficiaire et, à condition que certaines conditions soient remplies, ont un droit d'accès à leurs Données personnelles pour la consultation, la rectification des données incorrectes et la suppression de ces dernières. Ils peuvent demander à l'Assureur d'en limiter le traitement. Ils ont également le droit, sous certaines conditions, de transférer leurs Données personnelles à une autre organisation, de s'opposer à leur utilisation de par l'Assureur, de demander que certaines décisions automatisées soient prises avec une intervention humaine et pour le Preneur d'assurance de retirer son consentement et de déposer une plainte auprès des autorités de contrôle.

J. Contact et personne responsable pour la protection des données

Pour plus d'informations sur le traitement des Données personnelles, ou si vous désirez exercer vos droits, vous pouvez soumettre une demande écrite et datée au responsable pour la protection des données via DataProtectionOfficer@msamlin.com.