

CONDITIONS GÉNÉRALES 114538-ELITISLIFEACCIDENT-20200300

Elitis Life Accident



L'assurance en plus facile.

CHAPITRE 1 : Dispositions générales

Article 1.1 : Références

Ces conditions générales portent la référence 114538-ELITISLIFEACCIDENT-20200300.

Article 1.2 : Définitions

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

Accident : un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et qui entraîne une lésion corporelle ou le décès.

Compagnie : Monceau Générale Assurances, société anonyme à conseil d'administration au capital de 30 000 000 euros, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé en France au 1, avenue des Cités Unies d'Europe CS 10217 - 41103 Vendôme cedex, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Blois sous le numéro B 414.086.355, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 et agissant en Belgique en LPS sous l'agrément 3067 conformément aux articles 556 et suivants de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurances ou de réassurance.

Preneur d'assurance : la personne physique qui conclut le contrat avec la société et qui assume le paiement des primes.

Société : APRIL Belgium SA, boulevard Baudouin 1er, 25 à 1348 Louvain-la-Neuve, souscripteur mandaté enregistré sous le n° FSMA 114538A, mandaté pour conclure et gérer au nom et pour compte de la Compagnie le présent contrat. www.april-belgium.be

Vie privée : Tous les actes et situations qui ne résultent pas de l'exercice d'une participation quelconque de l'assuré à la vie professionnelle, c'est-à-dire un ensemble d'activités exercées de manière habituelle dans un but lucratif.

Article 1.3 : Objet du contrat

Le contrat a pour objet le paiement des indemnités déterminées dans les présentes conditions générales en cas d'accident survenu dans le chef d'une personne assurée au cours de sa vie privée.

Article 1.4 : Personnes assurées

Selon le choix mentionné dans les Conditions Particulières, l'assurance porte soit exclusivement sur le preneur d'assurance (formule « Single »), soit sur le preneur d'assurance et ses enfants (formule « Single + kids »).

Le preneur d'assurance doit avoir sa résidence principale en Belgique et y résider habituellement. À la souscription du contrat, il doit être âgé de 18 à 70 ans révolus.

Les enfants du preneur doivent être âgés de moins de 18 ans.

Article 1.5 : Prise d'effet

Le contrat produit ses effets à compter de la date indiquée, aux Conditions Particulières, anticipativement à 0:00.

Article 1.6 : Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. A chaque échéance annuelle, le contrat est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties trois mois au moins avant l'échéance annuelle par lettre

recommandée à la poste, exploit d'huissier ou remise d'une lettre contre récépissé.

Article 1.7 : Obligation de déclaration relative au contrat

A la conclusion du contrat, le preneur d'assurance est tenu de déclarer à la société toutes les circonstances dont il peut raisonnablement estimer qu'elles constituent pour la société des éléments d'appréciation du risque.

En cours de contrat, le preneur d'assurance est tenu de déclarer à la société dans les meilleurs délais toute circonstance nouvelle et tout changements susceptibles d'entraîner une modification sensible et durable des éléments d'appréciation du risque.

En cas d'omission ou d'inexactitude involontaires dans la déclaration, la société proposera au preneur d'assurance, dans le délai d'un mois à compter du jour où la société a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude du risque ou l'aggravation de celui-ci en cours de contrat, l'adaptation du contrat avec effet :

- en cas d'omission ou inexactitude : au jour où la société en a eu connaissance ;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat : rétroactif au jour de l'aggravation du risque.

La société peut résilier le contrat, dans le même délai d'un mois, si la société apporte la preuve qu'elle n'aurait jamais assuré un tel risque.

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

Si un sinistre se produit avant l'entrée en vigueur de l'adaptation ou de la résiliation du contrat, la société accordera les prestations convenues à condition que le preneur d'assurance ait respecté scrupuleusement son obligation de déclaration. Dans le cas contraire, la société peut limiter ses prestations au rapport existant entre la prime payée et celle que le preneur d'assurance aurait dû payer si la société avait été informée correctement.

Toutefois, si la société peut apporter la preuve qu'elle n'aurait jamais assuré un tel risque, elle pourrait limiter sa prestation au remboursement de toutes les primes.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la déclaration (de l'aggravation) du risque, l'assurance sera nulle et les primes payées, au moment où la société a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, seront acquises à la société.

Lorsque, en cours de contrat, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la société aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, la société accordera une diminution de la prime à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque.

Si la société ne parvient pas à un accord avec le preneur d'assurance sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de sa demande de diminution, le preneur d'assurance pourra résilier le contrat.

Article 1.8 : Fin du contrat

1) Cessation par résiliation :

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- à la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 1.6 ;

- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif conformément à l'article 1.11 ;
- après la survenance d'un sinistre mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement des sommes dues par la société.

La société peut résilier le contrat :

- à la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 1.6 ;
- après la survenance d'un sinistre mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement des sommes dues par la société ;
- en cas de non-paiement de la prime conformément à l'article 1.10 ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles de données concernant le risque à la conclusion du contrat ou l'aggravation du risque en cours de contrat conformément à l'article 1.7.

Sauf stipulation de modalités de résiliation spécifiques dans ce contrat, la résiliation se fait comme suit :

- le contrat peut être résilié par le preneur d'assurance ou par la société, par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.
- le délai de résiliation n'a d'effet :
 - o qu'à compter du lendemain de son dépôt à la poste dans le cas d'une lettre recommandée ;
 - o qu'à compter du lendemain de la signification dans le cas d'un exploit d'huissier ;
 - o qu'à compter du lendemain de la date du récépissé dans le cas d'une remise contre récépissé.
- la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration du délai mentionné dans la lettre recommandée, l'exploit d'huissier ou la lettre de résiliation.

2) Cessation de plein droit :

Le contrat expire de plein droit :

- à l'échéance annuelle qui suit les 75 ans du preneur d'assurance ;
- le jour du décès du preneur d'assurance.

Les garanties expirent de plein droit à l'égard des assurés, enfants du preneur d'assurance, le jour de leurs 18 ans.

3) Remboursement :

La portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation sera remboursée par la société dans un délai de quinze jours à compter de la prise d'effet de la résiliation, excepté en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles de données concernant le risque à la conclusion du contrat ou l'aggravation du risque en cours de contrat, lesquelles n'entraînent aucun remboursement de la portion de la prime.

Article 1.9 : Paiement de la prime

La prime, y compris la taxe annuelle sur les contrats d'assurance et les cotisations éventuelles, est payable par anticipation aux échéances mentionnées aux conditions particulières sur présentation d'une invitation à payer ou à la réception de l'avis d'échéance. Le paiement de ces primes étant facultatif, le sort de la garantie souscrite en cas de non-paiement est précisé à l'article 1.10.

Article 1.10 : Non-paiement de la prime

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, la société peut suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat à condition

que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste. En outre, la société se réserve le droit de réclamer au preneur d'assurance tous frais et indemnités découlant de dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance ou de l'assuré, telles que l'envoi d'un courrier recommandé.

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

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues met fin à cette suspension le lendemain du jour du paiement intégral des primes dues.

Lorsque la société a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 1 ; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la société ne s'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 1 et 2.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la société de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 1. Ce droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Article 1.11 : Modification des conditions d'assurance et/ou du tarif

Lorsque la société, pour le compte de la compagnie, modifie le tarif et pour autant qu'elle a notifié cette adaptation au preneur d'assurance :

- par lettre ordinaire au moins 4 mois avant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance peut résilier le contrat au plus tard 3 mois avant l'échéance annuelle.

- sur l'avis d'échéance ou par lettre ordinaire moins de 4 mois avant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance peut résilier le contrat au plus tard 3 mois après la notification de l'adaptation.

Lorsque la société, pour le compte de la compagnie, modifie les conditions générales et le tarif et pour autant qu'elle a notifié cette adaptation au moins 90 jours avant l'échéance annuelle au preneur d'assurance, le preneur d'assurance peut résilier le contrat au plus tard 30 jours après la notification de l'adaptation.

Lorsque le preneur d'assurance fait usage de sa faculté de résiliation, le contrat prendra fin 30 jours après sa demande écrite mais au plus tôt à l'échéance annuelle à laquelle les modifications auraient dû entrer en vigueur.

Le preneur d'assurance ne bénéficie toutefois pas de cette faculté de résiliation lorsque la modification des conditions d'assurance et/ou du tarif résulte d'une adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

Article 1.12 : Plaintes

Toute plainte éventuelle relative au contrat d'assurance peut être adressée par courrier à APRIL Belgium SA, boulevard Baudouin 1er 25 – 1348 Louvain-la-Neuve ou par e-mail à support.be@april.com. Si le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire ne trouve pas la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, ou envoyer un e-mail à : info@ombudsman.as. Cette procédure n'exclut pas la possibilité d'intenter une action en justice.

Article 1.13 : Droit et juridiction applicables

Le contrat est régi par la loi belge et notamment par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et ses arrêtés royaux d'exécution,

ainsi que par tout autre réglementation en vigueur ou à venir. Tout litige auquel ce contrat pourrait donner lieu est de la compétence exclusive des tribunaux belges.

Article 1.14 : Emploi des langues

La communication s'effectue en français ou en néerlandais, suivant la langue utilisée dans les Conditions Particulières pour la conclusion du contrat. Un changement de langue est possible sur simple demande du preneur d'assurance.

Article 1.15 : Correspondance

Pour être valables, les communications et notifications :

- qui sont destinées au preneur d'assurance, doivent être envoyées par la société à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.

- qui sont destinées à la société ou à la compagnie doivent être envoyées à l'adresse de la Société.

Article 1.16 : Délai de prescription

Les délais de prescription en matière d'assurance sont fixés par la loi relative aux assurances. Sous réserve de dispositions légales particulières, le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de 3 ans.

Article 1.17 : Traitement des données à caractère personnel

1) Responsable du traitement des données

APRIL Belgium SA.

2) Traitement des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par la société peuvent être traitées par la société et la compagnie pour les finalités suivantes :

Traitements réalisés en vertu d'une obligation légale

Les traitements des données relatives aux personnes physiques qui sont en relation avec la société ou la compagnie, en vue d'établir et d'actualiser les bases de données et en particulier les données d'identification des personnes concernées.

Les traitements effectués en vue de la gestion du contrat d'assurance ayant pour objet ou pour effet d'accepter ou de refuser les risques préalablement à la conclusion du contrat d'assurance ou ultérieurement ; de rédiger, adapter et mettre fin au contrat d'assurance ; de procéder au recouvrement des primes impayées ; de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance.

Les traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Traitements réalisés en vertu des intérêts légitimes de la société et de la compagnie

Les traitements effectués en vue d'assurer le service à la clientèle. Les traitements effectués en vue de la gestion de la collaboration entre la société, la compagnie et les intermédiaires d'assurances.

Les traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter contre la fraude à l'assurance.

Les traitements effectués dans le cadre de la surveillance du portefeuille en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer l'équilibre technique et financier des portefeuilles d'assurances.

Les traitements effectués par la société, la compagnie ou par un tiers en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que la prévention des accidents domestiques, la

prévention des accidents de la route, l'amélioration des processus de gestion, l'acceptation des risques et la tarification.

3)

Les traitements définis ci-dessus peuvent être réalisés de manière automatisée ou non.

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour la réalisation des finalités décrites ci-avant, la personne concernée donne son consentement en vue de la communication des données à caractère personnel à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec la société et la compagnie.

La personne concernée est informée de ce que la société ou la compagnie peuvent également être amenées à communiquer les données à caractère personnel aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé conformément à la législation applicable.

4)

La personne concernée autorise la société et la compagnie à traiter les données à caractère personnel, communiquées par elle-même ou reçues légitimement de tiers, à des fins de marketing direct, promotion et autres sur leurs produits et services.

La personne concernée autorise la société et la compagnie à communiquer ces données à des entreprises en relation avec la société et la compagnie aux fins de leur propre marketing direct ou à des fins d'opérations communes de marketing direct, promotion et autres sur leurs produits et services.

La personne concernée autorise la société et la compagnie à communiquer ces données à des entreprises et/ou à des personnes intervenant en qualité de sous-traitants ou de prestataires de service à leur bénéfice et au bénéfice des entreprises en relation avec la société et la compagnie.

Ces traitements sont réalisés d'une part en vertu du consentement de la personne concernée et d'autre part pour répondre aux intérêts légitimes de la société et de la compagnie dans le cadre de l'exercice de leurs activités.

5)

Les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres et pendant le délai légal de conservation ou de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

Les données à caractère personnel relatives à des offres qui n'ont pas donné lieu à un contrat sont conservées pendant 1 an après l'émission de l'offre.

6)

En cas de transfert de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, la société et la compagnie se conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

7)

La personne concernée a le droit d'obtenir la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ; de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes ; de faire effacer ses données à caractère personnel lorsque c'est légalement possible ; de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel lorsque c'est possible ; de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes de la société et de la compagnie ; de s'opposer au traitement de ses

données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ; de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative (toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part de la société et de la compagnie, d'exprimer son point de vue et de contester la décision) ; de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible ; de transmettre ses données à caractère personnel à un autre responsable du traitement ; de retirer son consentement à tout moment lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui-ci. La personne concernée peut contacter la société pour exercer ses droits par courrier postal daté et signé, accompagné d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressé à : APRIL Belgium SA, boulevard Baudouin 1er, 25 à 1348 Louvain-la-Neuve. Les demandes seront traitées gratuitement et dans les délais prévus par la loi.

8)

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

- par courrier postal : Boulevard Baudouin 1er, 25 à 1348 Louvain-la-Neuve
- par courrier électronique : privacy.be@april.com

Si la personne concernée estime que la société ne respecte pas la réglementation, elle peut introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35
commission@privacycommission.be

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

CHAPITRE 2 : Dispositions spécifiques des garanties accidents de la vie privée

Article 2.1 : Garantie Décès

Si le preneur décède à la suite d'un accident corporel survenu dans sa vie privée au plus tard dans les trois ans qui suivent celui-ci, la somme déterminée dans les Conditions Particulières, est payée au conjoint, au cohabitant légal ou au cohabitant de fait à la date du décès, à défaut aux enfants du preneur vivants ou représentés, par parts égales, et à défaut à la succession.

Si un assuré, autre que le preneur, décède à la suite d'un accident corporel survenu dans sa vie privée au plus tard dans les trois ans qui suivent celui-ci, la somme déterminée dans les Conditions Particulières, est payée au preneur et à défaut à sa succession.

Lorsque l'assuré n'a pas atteint l'âge de 5 ans, la somme due en cas de décès est remplacée par la prise en charge des frais funéraires avec un maximum de 3.000 EUR.

Article 2.2 : Garantie Invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente d'un taux égal ou supérieure à 20% causée par un accident corporel survenu à l'assuré dans sa vie privée, la somme déterminée dans les Conditions Particulières, est payée proportionnellement au taux d'invalidité permanente, au preneur d'assurances, ou en cas d'accident corporel survenu dans le chef d'un enfant assuré, si l'enfant n'est pas à la charge du preneur, sur un compte ouvert au nom de la personne âgée de moins de 18 ans, frappé d'indisponibilité jusqu'à sa majorité, sans préjudice du droit de jouissance légale, conformément aux dispositions de l'article 68 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Le taux d'invalidité permanente correspond au taux d'invalidité physiologique reconnu à l'assuré sur la base du « Barème Officiel Belge des Invalidités ». Ce taux est déterminé compte tenu des séquelles observées au moment de la consolidation et au plus tard trois ans après l'accident, sans tenir compte de la profession exercée par l'assuré et déduction faite du degré d'invalidité préexistant. Toutefois, tout taux d'invalidité permanente de 66% ou plus sera assimilé contractuellement à un taux de 100%.

Article 2.3 : Garantie Hospitalisation

Lorsque l'assuré encourt, à la suite d'un accident corporel survenu dans sa vie privée, une hospitalisation de plus de 48 heures, l'allocation journalière due par la société, et mentionnée dans les Conditions Particulières, est payée au preneur d'assurances.

Toute nouvelle hospitalisation même si elle est liée au même accident générateur doit être de plus de 48 heures. L'allocation journalière est payée au maximum pendant 365 jours pour un même accident générateur.

Article 2.4 Exclusions communes aux garanties

Sont exclus :

- 1) les maladies (y compris les affections cardio-vasculaires et vasculaires-cérébrales, affections tendineuses et musculaires, pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences sauf si ces maladies résultent directement de l'accident

- 2) les accidents et traitement médicaux résultant d'expérimentations biomédicales ;
- 3) les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail
- 4) les accidents survenant dans le cadre de la pratique d'un sport exercé à titre rémunéré, au sens de l'article 35 de la loi du 10 avril 1971 relative aux accidents du travail ;
- 5) les accidents subis par l'assuré lorsqu'il pratique les sports suivants : les sports aériens, la spéléologie, saut à l'élastique ou benji, saut à ski sur tremplin, skeleton et bobsleigh
- 6) les accidents subis par l'assuré lorsqu'il participe : à des compétitions de sports de combat ou de défense comportant des coups portés, à des compétitions d'engins à moteur terrestre, aérien ou aquatique ou essais/parcours de reconnaissance en vue de telles compétitions
- 7) les accidents survenus à l'assuré lorsque celui-ci se trouve dans un état de déséquilibre mental, d'ivresse, d'intoxication alcoolique, sous l'influence de stupéfiants ou dans un état analogue
- 8) les accidents qui sont la conséquence, soit de paris, de défis ou d'une exposition volontaire à un danger exceptionnel, sauf dans le but de sauver des vies humaines, soit d'un acte criminel de l'assuré ;
- 9) les accidents survenus en temps de guerre, de guerre civile ou de faits de même nature, et résultant de ces circonstances
- 10) les conséquences de tout accident résultant directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radioactivité, la production de radiations ionisantes de toute nature, la manifestation de propriétés nocives de combustibles – ou substances – nucléaires ou de produits – ou déchets – radioactifs
- 11) les conséquences du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré
- 12) les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement
- 13) les conséquences de tout accident provoqué volontairement par un bénéficiaire ou avec la complicité de celui-ci. Seul le bénéficiaire impliqué ou complice est exclu du bénéfice de l'indemnisation
- 14) les suites, rechutes ou récidives d'accident antérieur à la date de prise d'effet du contrat.

Article 2.5 : Territorialité

Les garanties sont acquises pour tout accident survenu dans un Etat membre de l'Union Européenne, pour autant que l'assuré ait son domicile en Belgique et y réside habituellement.

Elles sont étendues au monde entier pour les voyages et séjours n'excédant pas une durée continue de 3 mois.

Article 2.6 : Déclaration d'un sinistre

a) Déclarer le sinistre

Le preneur d'assurances ou le bénéficiaire en cas de décès doit déclarer à la société le sinistre le plus rapidement possible après sa survenance et au plus tard dans les 8 jours de sa survenance. La société ne peut toutefois pas invoquer le non-respect de ce délai s'il apparaît que cette déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire. Le preneur d'assurances ou le bénéficiaire en cas de décès doit transmettre sans délai ou autoriser la société à se procurer tous les renseignements et documents

utiles, répondre à toutes les questions qui lui sont posées et entreprendre les démarches qui lui sont demandées afin de permettre à la société de déterminer les circonstances et de fixer l'indemnisation.

b) Limiter les dommages

L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou atténuer les conséquences du sinistre.

La société ne répondra pas de l'aggravation des conséquences d'un sinistre lorsque celle-ci découle d'une intervention médicale tardive, due à l'assuré ou au bénéficiaire en cas de décès, ou d'un refus de la part de l'assuré de suivre le traitement prescrit.

c) Se soumettre à tout contrôle médical

L'assuré accepte de rencontrer les délégués de la société et fournira sans retard tous les renseignements que la société jugera nécessaire à la connaissance et à la gestion du sinistre. Tous certificats et rapports médicaux sont remis au médecin-conseil de la compagnie.

d) Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas une des obligations précitées :

- sans intention frauduleuse : la société peut réduire ou récupérer l'indemnité à concurrence du préjudice qu'elle a subi ;
- avec intention frauduleuse : la société peut refuser toute intervention ou récupérer l'indemnité qui aurait déjà été payée.

Article 2.7 : Modalité d'indemnisation du sinistre

a) Méthode de fixation de l'indemnité :

Les indemnités sont établies après que les documents justificatifs aient été transmis et que les formalités requises aient été remplies. Lorsque les conséquences d'un accident sont aggravées par des circonstances indépendantes de l'accident, telles que des infirmités ou maladies préexistantes, l'indemnité due ne peut être supérieure à celle qui aurait été due s'il n'y avait pas eu ces éléments aggravants. Ainsi l'indemnité correspondra uniquement aux conséquences que l'accident aurait eues sur un organisme sain. L'indemnité due est fixée sur base des sommes assurées renseignées en conditions particulières selon les modalités précisées dans la description des garanties.

b) Paiement de l'indemnité :

L'indemnité est versée au plus tard 30 jours après soit la réception de l'accord définitif présenté par la société et signé par le bénéficiaire ou son représentant légal soit la date à laquelle une décision judiciaire fixant le taux d'invalidité permanent n'est plus susceptible de recours.

En cas de décès, l'indemnité est versée au plus tard 30 jours après soit la réception de l'acte de décès ou des pièces justificatives complémentaires demandées par la société soit la date à laquelle une décision judiciaire ordonnant le paiement de l'indemnité n'est plus susceptible de recours.

c) Contestation d'ordre médicale :

En cas de contestations d'ordre médical, une expertise médicale à l'amiable est organisée. A cet effet, chaque partie désigne un médecin expert de son choix. A défaut d'accord entre eux, ils désignent un troisième médecin expert, dont l'avis sera déterminant.

Si l'une des parties ne désigne pas de médecin expert ou si les

deux médecins experts ne s'entendent pas quant au choix du troisième médecin expert, celui-ci sera désigné à la demande de la partie la plus diligente par le tribunal de première instance du lieu du domicile de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son propre médecin expert.

Les honoraires et les frais réclamés par le troisième médecin expert, y compris les frais de sa désignation, de même que les frais et les honoraires des spécialistes éventuellement consultés à la demande des médecins experts, sont partagés par moitié entre les deux parties.

d) Cumul des indemnités :

Les indemnités versées par la société s'ajoutent à celles qui peuvent être réclamées à un éventuel tiers responsable.

april | Belgium

Boulevard Baudouin 1^{er}, 25

1348 Louvain-la-Neuve

Tél. : +32 (0)10 47 64 59 – support.be@april.com

www.april-belgium.be

BCE 0627 678 387 - FSMA 114538