

CONDITIONS GÉNÉRALES

Individuelle Circulation

La durée du contrat est fixée aux conditions particulières. Elle ne peut excéder un an. A chaque échéance annuelle, le contrat est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an. Vous pouvez résilier le contrat à la fin de la période en cours au moins 3 mois avant l'échéance annuelle. La notification de la résiliation se fait soit par lettre recommandée à la poste, soit par exploit d'huissier, soit par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Sommaire

Conditions générales		3
Définitions	POUR L'APPLICATION DU PRÉSENT CONTRAT, ON ENTEND PAR :	3
Chapitre I- Objet et étendue de la garantie de base		4
Article 1	GARANTIE DE BASE	4
Article 2	PERSONNES EXCLUES DE TOUTE GARANTIE	4
Article 3	ACCIDENTS EXCLUS DE TOUTE GARANTIE	4
Article 4	ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	5
Chapitre II - Dispositions générales en cas de sinistre		5
Article 5	DECLARATION DE SINISTRE	5
Article 6	OBLIGATIONS DE L'ASSURE	6
Article 7	LES INDEMNITES GARANTIES PAR LA COMPAGNIE	6
Article 8	CUMUL DES INDEMNITES	7
Article 9	EXPERTISE MEDICALE	7
Article 10	DOUBLEMENT DE L'INDEMNITE «DECES»	8
Article 11	REDUCTIONS DES INDEMNITES	8
Article 12	ETAT ANTERIEUR	8
Article 13	RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE	8
Article 14	PAIEMENT DES INDEMNITES	8
Chapitre III - Dispositions spécifiques aux dommages causés par un acte de terrorisme		9
Article 15	QUE COUVRONS-NOUS ?	9
Chapitre IV Clauses administratives communes		10
Article 16	DESCRIPTION DU RISQUE	10
Article 17	MODIFICATION DU RISQUE	10
Article 18	SANCTIONS EN CAS DE SINISTRE	11
Article 19	EFFET DU CONTRAT	11
Article 20	PAIEMENT DE LA PRIME	11
Article 21	NON-PAIEMENT DE LA PRIME	11
Article 22	DUREE DU CONTRAT	11
Article 23	RESILIATION PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE	12
Article 24	RESILIATION PAR LA COMPAGNIE	12
Article 25	MODE DE RESILIATION	12
Article 26	DECES DU PRENEUR D'ASSURANCE	12
Article 27	FAILLITE DU PRENEUR D'ASSURANCE	12
Article 28	DOMICILE DES PARTIES	13
Article 29	MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES	13
Article 30	ADAPTATION AUTOMATIQUE DES MONTANTS	13
Article 31	PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	13
Article 32	JURIDICTION	14
Article 33	LANGUE – TAAL	15
Article 34	DEVOIR D'ANALYSE	15
Article 35	CONFLITS D'INTÉRÊTS	15
Article 36	AUTORITÉ DE CONTRÔLE	15
Article 37	SANCTIONS INTERNATIONALES	15
Article 38	PLAINTÉ	16

Conditions générales

Définitions

POUR L'APPLICATION DU PRÉSENT CONTRAT, ON ENTEND PAR :

COMPAGNIE :

Baloise Belgium SA, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, (T 02 773 03 11 / www.baloise.be) entreprise d'assurances agréée sous le code BNB (Banque Nationale de Belgique) 0096/ N° entreprise - TVA (BE) 0400.048.883/RPM Antwerpen, compagnie appartenant au Groupe Baloise Insurance, qui offre des contrats Vie & protection Non-vie ;

PRENEUR D'ASSURANCE :

La personne qui souscrit l'assurance et s'engage à payer les primes. Le preneur d'assurance doit être domicilié en Belgique et y résider habituellement.

ASSURE :

La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré, suivant la formule choisie et reprise aux conditions particulières.

La garantie reste acquise à l'assuré qui quitte temporairement son foyer pour effectuer ses études ou son service militaire ou civil, pendant ses vacances ou pour raisons de santé.

VEHICULE ASSURE :

Toute voiture automobile à usage de tourisme et affaires ou à usage mixte, affectée au transport de personnes sans but lucratif ou au transport de choses si sa masse maximale autorisée n'excède pas 3,5 tonnes.

Le nombre des personnes pouvant bénéficier d'une indemnisation dans le véhicule assuré est limité au chiffre réglementairement ou contractuellement autorisé, sans pouvoir excéder six.

Est assimilé au véhicule assuré tout véhicule automoteur appartenant à un tiers et affecté au même usage, qui remplace pendant une période de 30 jours maximum le véhicule assuré s'il est temporairement inutilisable.

Ce délai prend cours le jour où le véhicule assuré n'est plus utilisable.

ACCIDENT :

Tout événement lié à une situation de circulation dans laquelle le véhicule désigné est impliqué et qui a comme conséquence une lésion corporelle ou le décès d'un assuré.

Sont assimilées à un accident :

- une atteinte à l'intégrité physique due à la vapeur ou à l'inhalation involontaire de gaz ;
- une atteinte à la santé qui est la conséquence directe de l'accident garanti ;
- la noyade ;
- les violences commises sur la personne de l'assuré à l'occasion du vol ou de la tentative de vol du véhicule assuré ;

à condition que ces événements soient en relation avec l'usage du véhicule assuré.

ACTE DE TERRORISME :

Une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

ASBL TRIP :

Association sans but lucratif ayant pour dénomination Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP) créée conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Chapitre I - Objet et étendue de la garantie de base

Article 1

GARANTIE DE BASE

La compagnie garantit aux assurés le paiement des montants forfaitaires prévus aux conditions particulières en cas d'accident survenu :

- lorsqu'ils se trouvent dans un véhicule assuré ;
- y montent ou en descendent ;
- le réparent en cours de route ;
- le chargent ou le déchargent ;
- participent au sauvetage de personnes ou de biens en péril à l'occasion d'un accident de la circulation ;
- lorsque le véhicule désigné remorque, à titre occasionnel, un véhicule automoteur quelconque pour le dépanner ;
- suite à un acte de terrorisme.

Article 2

PERSONNES EXCLUES DE TOUTE GARANTIE

Sont exclues de la garantie de la présente assurance les personnes qui, au moment de l'accident :

- exercent une activité professionnelle relative au commerce, à l'entretien, à la réparation, au dépannage ou à l'écolage de véhicules automoteurs ;
- transportent des personnes ou des biens contre rémunération ;
- bénéficient de la réglementation sur l'indemnisation des accidents du travail ou sur le chemin du travail en qualité de préposés du preneur d'assurance.

Article 3

ACCIDENTS EXCLUS DE TOUTE GARANTIE

Sont exclus de la garantie du contrat :

- 1) Les accidents qui surviennent durant des courses, concours de vitesse, d'endurance, de régularité ou durant l'entraînement et les essais en vue de telles épreuves (si l'assuré y prend part), qu'elles soient autorisées ou non, les rallyes touristiques étant cependant couverts.
- 2) Les accidents qui surviennent lorsque, au moment du sinistre, le véhicule assuré soumis à la réglementation belge sur le contrôle technique n'est pas ou n'est plus muni d'un certificat de visite valable, sauf si l'accident se produit au cours du trajet normal pour se rendre à la visite de contrôle ou après délivrance d'un certificat interdisant sa circulation, pour se déplacer du lieu de contrôle à son domicile et/ou chez le réparateur et venir ensuite se présenter après réparation à l'organisme de contrôle.

Cependant, si l'assuré démontre l'absence de relation causale entre l'état du véhicule et le sinistre, la couverture reste acquise.

- 3) Les accidents qui surviennent lorsque, au moment du sinistre, le véhicule est conduit par une personne ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par la loi et les règlements belges pour pouvoir conduire ce véhicule, par exemple par une personne n'ayant pas atteint l'âge minimum requis, par une personne n'étant pas titulaire d'un permis de conduire ou par une personne déchue du droit de conduire.

La garantie reste cependant acquise si la personne qui conduit le véhicule à l'étranger a respecté les conditions prescrites par la loi et les règlements locaux pour conduire le véhicule et n'est pas sous le coup d'une déchéance en cours en Belgique, auquel cas la garantie n'est pas acquise.

- 4) Les accidents provoqués intentionnellement, ainsi que les suicides et tentatives de suicide.
- 5) Les accidents provoqués par un assuré en état d'ivresse, ou dans un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre le sinistre et ces circonstances.
- 6) Les accidents causés par la guerre ou par des faits de même nature, ou par la guerre civile.

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

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

- 7) Les accidents survenus au cours d'émeutes, grèves, attentats, actes de sabotage, sauf si l'assuré prouve qu'il n'a pris aucune part active à ces événements.
- 8) Les dommages subis par les assurés transportés en infraction avec les dispositions réglementaires ou contractuelles.
- 9) Les accidents survenus lors d'un tremblement de terre ou d'un cataclysme naturel en Belgique, à moins de prouver l'absence de relation causale entre ces événements et l'accident.
- 10) Les dommages ou l'aggravation des dommages causés :
 - par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
 - par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnement ionisant qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

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

- 11) Les dommages dus uniquement à un état physique ou psychique déficient de l'assuré.

Article 4

ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties sont acquises dans les limites géographiques définies par les conditions générales de l'assurance obligatoire en matière de véhicules automoteurs, et indiquées sur le certificat international d'assurance.

Chapitre II - Dispositions générales en cas de sinistre

Article 5

DECLARATION DE SINISTRE

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

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

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

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

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

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

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

Article 6

OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré a également pour obligation de :

- prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre ;
- recourir immédiatement à tous les soins nécessaires et se conformer aux prescriptions du médecin-traitant en vue de hâter sa guérison ;
- répondre à toute invitation du médecin-conseil de la compagnie et faciliter ses constatations ;
- inviter son médecin traitant à lui fournir tous les documents médicaux de nature à établir la réalité du dommage afin de pouvoir éclairer le médecin-conseil de la compagnie.

Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues aux articles 5 et 6 et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation, à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

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

Article 7

LES INDEMNITES GARANTIES PAR LA COMPAGNIE

La compagnie garantit :

1. En cas de DECES d'un assuré, survenu dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident et provoqué par un sinistre couvert, le paiement du capital forfaitaire prévu aux conditions particulières au bénéficiaire nominativement désigné ou, à défaut :
 - au conjoint survivant non séparé de corps ;
 - à son défaut, aux enfants vivants ou représentés ;
 - en cas de concours des bénéficiaires énumérés ci-dessus, le capital est payable pour une moitié au conjoint survivant non séparé de corps et pour l'autre moitié aux enfants vivants ou représentés ;
 - à défaut des bénéficiaires énumérés ci-dessus, aux héritiers légaux de l'assuré, à l'exception de l'Etat ; dans ce cas, seuls les frais funéraires dûment justifiés sont remboursés à la personne qui les a exposés.
2. En cas d'INVALIDITE PERMANENTE, le paiement à l'assuré du capital forfaitaire prévu aux conditions particulières.

En cas d'invalidité permanente partielle, la compagnie paie le pourcentage du capital correspondant au degré d'invalidité. Le degré d'invalidité est apprécié exclusivement en fonction du critère physiologique par application du Barème officiel belge des Invalidités (B.O.B.I.) en vigueur lors de la consolidation. Le degré d'invalidité est fixé à la date de la consolidation des lésions et au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Il n'est toutefois jamais tenu compte de troubles subjectifs ou psychiques sans support organique.

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

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

Les capitaux pour l'Invalidité Permanente sont calculés comme suit :

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

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

3. En cas d'HOSPITALISATION après un sinistre couvert, une indemnité journalière si le traitement nécessite une hospitalisation d'au moins 24 heures. L'assuré a droit, par jour d'hospitalisation, à l'indemnité forfaitaire prévue aux conditions particulières pendant 365 jours au maximum.
4. En cas de FRAIS DE TRAITEMENT

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

- tous les frais de traitement médicalement nécessaires, prestés ou prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les frais de prothèse ;
- les frais d'orthopédie ;
- les frais de chirurgie esthétique ;
- les frais d'ambulance, et les autres frais de transport moyennant l'accord préalable de la compagnie.

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

5. A titre de garantie complémentaire :

- a) Vêtements, bagages

Si l'assuré, victime d'un accident garanti, subit des dommages à ses vêtements et bagages personnels, la compagnie couvre la réparation ou le remplacement de ces objets, à l'exception des bijoux, espèces ou objets précieux.

- b) Frais de rapatriement ou de visite

- ASSURE BLESSE : la compagnie garantit les frais exposés en accord avec elle pour rapatrier l'assuré immobilisé à l'étranger et blessé à la suite d'un accident garanti, ou les frais de transport aller et retour depuis leur domicile en Belgique des personnes dont la présence se justifie si le blessé est médicalement reconnu intransportable.
- ASSURE NON BLESSE : si, à la suite d'un accident survenu à l'étranger, le véhicule est détruit ou immobilisé pour 10 jours au moins, la compagnie,

à condition que son accord préalable ait été obtenu, prendra en charge les frais de transport de l'assuré non blessé, à concurrence du prix d'un billet de train de 2ème classe correspondant à l'itinéraire de retour le plus direct. Ces frais sont limités à 10 % du montant assuré aux conditions particulières pour les frais de traitement.

c) Frais de vétérinaire

La compagnie assure ces frais à condition :

- qu'ils concernent des animaux domestiques appartenant à l'assuré ;
- qu'ils résultent d'un accident garanti ;
- qu'ils soient dûment justifiés.

Ces garanties complémentaires a), b) et c) sont acquises à concurrence de la somme prévue aux conditions particulières.

Article 8

CUMUL DES INDEMNITES

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

Article 9

EXPERTISE MEDICALE

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

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

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

Article 10

DOUBLEMENT DE L'INDEMNITE «DECES»

En cas de décès du preneur d'assurance et de son conjoint, survenu dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident et provoqué par un même sinistre couvert, le capital forfaitaire revenant à leurs enfants à charge est doublé, sans que le total de ces prestations supplémentaires puisse excéder 123.946,76 EUR.

Article 11

REDUCTIONS DES INDEMNITES

Si au moment de l'accident dont il est victime,

- l'assuré est âgé de moins de 16 ans :

l'indemnité prévue en cas de décès dans les conditions particulières est réduite de moitié ;

- l'assuré est âgé de 70 ans ou plus, ou de moins de 5 ans :

l'indemnité prévue en cas de décès dans les conditions particulières n'est pas due. Seuls les frais funéraires dûment justifiés sont remboursés jusqu'à concurrence de 1.859,20 EUR par victime. L'indemnité prévue en cas d'invalidité permanente dans les conditions particulières est réduite de moitié.

Article 12

ETAT ANTERIEUR

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

Article 13

RECOURS CONTRE LE TIERS RESPONSABLE

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

Cette disposition ne concerne ni les indemnités payées par la compagnie à titre de frais de traitement (article 7.4.), ni les garanties complémentaires (article 7.5.). Dans ces cas, la compagnie est légalement subrogée dans les droits des bénéficiaires des indemnités. Toute renonciation au droit de recours contre le tiers responsable, si elle n'a pas été préalablement autorisée par la compagnie, entraîne une réduction des sommes assurées dans la mesure du préjudice subi par celle-ci. Sauf en cas de malveillance, la compagnie n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne

directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique. Toutefois, la compagnie peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

Article 14

PAIEMENT DES INDEMNITES

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

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

Chapitre III - Dispositions spécifiques aux dommages causés par un acte de terrorisme

Article 15

QUE COUVRONS-NOUS ?

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme. A cette fin, nous sommes membres de l'ASBL TRIP.

Conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL TRIP est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1^{er} janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

QUELS SONT LES LITIGES QUE NOUS NE COUVRONS PAS SOUS CETTE GARANTIE ?

Nous ne couvrons pas les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

RÉGIME D'INDEMNISATION PROPRE AUX DOMMAGES CONSÉCUTIFS À UN ACTE DE TERRORISME

Conformément à la loi précitée du 1^{er} avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité au paragraphe 1^{er} du présent article ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL TRIP doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

Vous ne percevrez votre 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 diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles nous vous avons déjà communiqué notre décision.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Lorsque le Comité constate que le montant cité au paragraphe 1^{er} du présent article ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de l'entreprise d'assurances, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

Chapitre IV - Clauses administratives communes

Article 16

DESCRIPTION DU RISQUE

- a) Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque. S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie, notamment celles qui figurent dans la proposition d'assurance, et si la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission. Il en va de même si la compagnie a conclu le contrat sans proposition d'assurance dûment complétée.
- b) Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.
- c) Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

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

Article 17

MODIFICATION DU RISQUE

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

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

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

Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance 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 compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque.

Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution fournie par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Article 18

SANCTIONS EN CAS DE SINISTRE

- a) En cas d'omissions ou d'inexactitudes intentionnelles dans la déclaration du risque, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, la compagnie peut refuser sa garantie en cas de sinistre. Les primes échues jusqu'au moment où elle a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.

- b) En cas d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans la déclaration du risque, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, qui peuvent être reprochées au preneur d'assurance, la compagnie peut réduire sa prestation en cas de sinistre selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération.

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

Article 19

EFFET DU CONTRAT

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

Sauf pour les contrats dont la durée est inférieure à 30 jours, le preneur d'assurance a la faculté de résilier le contrat, avec effet immédiat au moment de la notification, pendant un délai de 30 jours à compter de la réception par la compagnie de la police présignée ou de la demande.

De son côté, la compagnie peut, sauf pour les contrats d'une durée inférieure à 30 jours, résilier le contrat dans les 30 jours de la réception de la police présignée ou de la demande, la résiliation devenant effective huit jours après sa notification.

Article 20

PAIEMENT DE LA PRIME

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

Article 21

NON-PAIEMENT DE LA PRIME

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

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste. A dater de ce jour, votre prime sera majorée d'une somme forfaitaire à titre de frais administratifs.

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

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

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

Article 22

DUREE DU CONTRAT

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

Article 23

RESILIATION PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- 1) pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 22 ;
- 2) après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus de paiement de l'indemnité ;
- 3) en cas de diminution du risque, dans les conditions prévues à l'article 17 ;

- 4) lorsqu'entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet s'écoule un délai supérieur à un an. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat ;
- 5) en cas de modification des conditions d'assurance et du tarif ou simplement du tarif conformément à l'article 29 ci-après ;
- 6) en cas de faillite, concordat ou retrait d'agrément de la compagnie.

Article 24

RESILIATION PAR LA COMPAGNIE

La compagnie peut résilier le contrat :

- 1) pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 22 ;
- 2) en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque tant à la conclusion qu'en cours du contrat ;
- 3) en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'article 16 et, en cas d'aggravation du risque, dans les conditions prévues à l'article 17 ;
- 4) en cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 21 ;
- 5) après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité ;
- 6) en cas de faillite, de déconfiture ou de décès du preneur d'assurance, conformément aux articles 26 et 27 ci-après ;
- 7) en cas de modification des dispositions légales ayant une incidence sur les garanties accordées par le contrat.

Article 25

MODE DE RESILIATION

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

Sauf dans les cas visés aux articles 21, 22 et 29 la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé, ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

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

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

Article 26

DECES DU PRENEUR D'ASSURANCE

En cas de décès du preneur d'assurance, le contrat est maintenu au profit des héritiers qui restent tenus au paiement des primes sans préjudice de la faculté de la compagnie de résilier le contrat, dans les formes prévues à l'article 25, dans les trois mois du jour où elle a eu connaissance du décès.

Les héritiers peuvent résilier le contrat, dans les formes prévues à l'article 25, dans les trois mois et quarante jours du décès.

Article 27

FAILLITE DU PRENEUR D'ASSURANCE

En cas de faillite du preneur d'assurance, le contrat subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers la compagnie du montant des primes à échoir à partir de la déclaration de la faillite.

La compagnie et le curateur de la faillite ont néanmoins le droit de résilier le contrat. Toutefois, la résiliation du contrat par la compagnie ne peut se faire au plus tôt que trois mois après la déclaration de faillite tandis que le curateur ne peut résilier le contrat que dans les trois mois qui suivent la déclaration de faillite.

Article 28

DOMICILE DES PARTIES

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

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

Article 29

MODIFICATIONS DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET TARIFAIRES

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

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

Les dispositions du présent article ne portent pas atteinte à celles de l'article 22.

Article 30

ADAPTATION AUTOMATIQUE DES MONTANTS

Si celle-ci est prévue, les montants assurés et les primes varient à chaque échéance annuelle en fonction de l'indice des prix à la consommation.

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

Les montants assurés en cas d'accident sont ceux qui correspondent à l'indice appliqué à l'échéance annuelle précédant l'accident. L'indexation n'est pas d'application pour les frais de traitement et les garanties complémentaires (vêtements, bagages, frais de rapatriement et frais de vétérinaire). Les montants assurés et les primes pour ces garanties restent inchangés.

Article 31

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

31.1. Général

Les données à caractère personnel (ci-après les "données personnelles") du preneur et/ou de l'assuré et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par l'Assureur pour son propre compte, en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice relative à la protection des données à caractère personnel de l'Assureur. Cette notice est disponible sur <https://www.baloise.be/fr/a-propos-de-nous/privacy.html>. Une version papier de celle-ci peut être obtenue sur simple demande adressée à votre intermédiaire.

31.2. Finalités du traitement des données personnelles

Les données personnelles sont traitées par l'Assureur pour les finalités mentionnées dans la Notice ci-dessus et en particulier pour :

- exécuter ses obligations contractuelles et notamment la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle ;
- respecter toutes les obligations légales, réglementaire ou administrative auxquelles il est soumis, notamment en matière de retenues (para)fiscales ;
- des raisons qui relèvent de son intérêt légitime e.a. l'établissement de statistiques, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques de l'Assureur, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection, les enquêtes de satisfaction.

Dans certains cas les données personnelles peuvent être traitées sur base du consentement de la personne concernée. Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de la personne concernée, celle-ci peut à tout moment retirer son consentement. Elle peut également s'opposer à tout moment au traitement des données personnelles concernant sa santé. Dans ce cas, l'Assureur peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

31.3. Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à l'Assureur, ce dernier veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît l'Assureur ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

31.4. Transfert des données personnelles

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, l'Assureur peut communiquer ces données personnelles à d'autres entreprises d'assurance intervenantes(ou à leurs représentants en Belgique ou leurs correspondants à l'étranger), aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à des bureaux de règlements de sinistres, un médecin conseil, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant, à Datassur ESV, à Informex, ou à d'autres sociétés faisant partie du groupe de l'Assureur. En outre, l'Assureur peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

L'Assureur est susceptible de transmettre les données personnelles en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données personnelles. Le cas échéant, le transfert des données personnelles ne sera réalisé que moyennant des garanties appropriées et adaptées.

31.5. Droits de la personne concernée

Dans les limites de la réglementation la personne concernée a le droit :

- de prendre connaissance de ses données ;
- de demander une rectification des données personnelles erronées ;
- de s'opposer au traitement de ses données ;
- de demander la limitation du traitement de ses données ;
- de demander la suppression de ses données.

31.6. Délais de conservation

Les données personnelles recueillies par l'Assureur sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

31.7. Demande d'information

Pour toute question ou demande relative au traitement de ses données personnelles, la personne concernée est invitée à contacter notre délégué à la protection des données (« Data Protection Officer » ou « DPO ») par courrier ou e-mail à l'adresse suivante:

Par e-mail : privacy@baloise.be
Par courrier : Baloise Belgium SA
Posthofbrug 16
2600 Antwerpen

Article 32

JURIDICTION

Seuls les tribunaux et cours belges sont habilités à connaître des litiges découlant du présent contrat.

Article 33

LANGUE – TAAL

La communication ainsi que l'envoi des documents contractuels et précontractuels peuvent se faire en néerlandais, à la demande du client.

De mededeling en het verzenden van de contractuele en precontractuele documenten kunnen in het Nederlands op verzoek van de klant gebeuren.

Article 34

DEVOIR D'ANALYSE

Préalablement à la souscription du produit, une analyse de vos besoins doit être effectuée afin de s'assurer que le produit en question rencontre vos attentes.

Nous attirons votre attention sur le fait que toute modification substantielle ultérieure de vos conditions ou de ces informations doit être rapportée à l'assureur ou à votre intermédiaire pour mise à jour de votre dossier.

Article 35

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les résumés des politiques de rémunération et de gestion des conflits d'intérêts de Baloise Belgium sont disponibles sur le site web de l'entreprise www.baloise.be.

La version complète ainsi que toute information complémentaire sur ces politiques peuvent être obtenues à la demande par le client.

Article 36

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La FSMA (L'Autorité des Services et Marchés Financiers, Rue du Congrès, 12-14 - 1000 Bruxelles) et la BNB (Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont, 14 - 1000 Bruxelles).

Article 37

SANCTIONS INTERNATIONALES

L'assureur ne peut être tenu de fournir une couverture, de payer un sinistre ou de fournir des prestations en vertu de la présente proposition d'assurance dans la mesure où la mise à disposition d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture de ces prestations exposerait l'assureur à une sanction économique ou commerciale, ou ferait l'objet d'une interdiction ou d'une restriction en vertu des lois ou règlements de toute juridiction à laquelle l'assureur est assujéti.

Article 38

PLAINTÉ

En cas de plainte au sujet du présent document, le preneur d'assurance peut contacter la Compagnie :

- Par écrit à Baloise Insurance, Service des plaintes, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen
- Par e-mail à l'adresse : plainte@baloise.be
- Par téléphone au 078 15 50 56

L'information concernant la procédure de traitement des plaintes est disponible sur le site <https://www.baloise.be/fr/contact-service/plaintes.html>.

Conformément à la réglementation en vigueur, la Compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance.

Par conséquent, si celui-ci estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, entité qualifiée, sise à l'adresse actuelle Square de Meeûs, 35 - 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as, www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Si la personne concernée estime que le traitement de ses données personnelles constitue une violation de la législation en matière de vie privée, elle peut introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de protection des données
Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél.: +32 2 274 48 00



Avertissement

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