

ASSURANCE

ACCIDENTS VIE PRIVÉE BEOBANK



CONDITIONS GÉNÉRALES

(Réf. 16 60 28 - millésime 06/2023)

ACM
insurance

Le document que vous êtes en train de consulter constitue les Conditions Générales de votre police Accidents Vie Privée, qui s'appliquent à toutes les polices.

Avec les Conditions Particulières qui vous sont propres, elles constituent votre contrat d'assurance.

Nous vous recommandons de lire attentivement ces Conditions Générales ainsi que les autres documents qui accompagnent cette police.

Afin de faciliter la compréhension, les termes techniques sont définis au chapitre Définitions.

Toujours soucieux de vous apporter un service de qualité, nous sommes à votre entière disposition.

- En cas de sinistre, nous vous invitons à faire appel à notre service Constatel au 02 622 22 49 pour établir votre déclaration.
- Pour toute problématique d'assurance ou toute question relative à votre contrat vous pouvez contacter votre conseiller en assurances.

SOMMAIRE

DÉFINITIONS	4
OBJET ET ÉTENDUE DU CONTRAT	6
A. L'OBJET DU CONTRAT	6
B. QUI EST ASSURÉ ?	6
C. OÙ ÊTES-VOUS ASSURÉ ?	6
LES GARANTIES DE L'ASSURANCE ACCIDENTS VIE PRIVÉE	6
A. ÉVÈNEMENTS ACCIDENTELS GARANTIS	6
B. PRÉJUDICES INDEMNISÉS	7
1. Invalidité permanente	7
2. Incapacité temporaire de travail	7
3. Forfait frais divers.....	8
4. Décès (option).....	8
C. LIMITE D'INTERVENTION.....	8
D. CESSATION DES GARANTIES	8
LES EXCLUSIONS	8
VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE	10
LA VIE DU CONTRAT	11
A. FORMATION ET DURÉE DU CONTRAT	11
B. DÉCLARATIONS À LA DURÉE DU CONTRAT	11
C. DÉCLARATION EN COURS DE CONTRAT	12
D. PRIME	13
1. Montant de la prime.....	17
2. Modification des conditions d'assurance ou tarifaires.....	17
3. Paiement de la prime.....	17
E. RÉSILIATION.....	15
F. PRESCRIPTION.....	18
G. FRAUDE.....	18
DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE A DISTANCE	18
A. INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE À DISTANCE	18
B. DROIT DE RÉTRACTATION.....	18
C. PRISE D'EFFET DU CONTRAT	19
DISPOSITIONS DIVERSES	19
A. DROIT APPLICABLE.....	19
B. COMPÉTENCE DE JURIDICTION.....	19
C. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	19
D. COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS	19
E. PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES.....	19
1. Le traitement de vos données personnelles.....	19
2. Les droits dont vous disposez	21
3. Visite des locaux et site internet ACM Belgium SA.....	22
F. SERVICE DES PLAINTES	22
CONDITIONS GÉNÉRALES ASSISTANCE	23

DÉFINITIONS

Pour l'interprétation et l'application de vos garanties, il y a lieu de se référer aux définitions suivantes qui s'appliquent tant aux Conditions Générales qu'aux Conditions Particulières de votre contrat.

Accident/Accidentel : toute atteinte corporelle, violente et imprévisible, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme n'est pas opposable à l'assureur.

Y sont assimilés la noyade, la vapeur ou l'inhalation de gaz, l'empoisonnement ou l'intoxication ainsi que le sauvetage de personnes ou de biens en péril.

Assuré(s) : selon la formule choisie, mentionnée aux conditions particulières :

- En formule « **solo** » : le preneur d'assurance (vous).
- En formule « **duo** » : le preneur d'assurance et son conjoint ou concubin, pour autant qu'il vive au foyer du preneur d'assurance.
- En formule « **mono** » : le preneur d'assurance et ses enfants, pour autant qu'ils soient fiscalement à charge d'un de leurs parents.
- En formule « **famille** » :
 - le preneur d'assurance,
 - son conjoint ou concubin, pour autant qu'il vive au foyer du preneur d'assurance,
 - leurs enfants, pour autant qu'ils soient fiscalement à charge d'un de leurs parents

Bénéficiaire :

- En cas de **décès d'un assuré** : le conjoint de l'assuré non divorcé ni séparé judiciairement de corps et de biens ou le cohabitant légal ; à défaut, les enfants de l'assuré décédé, par parts égales ; à défaut les héritiers légaux de l'assuré.
- En cas d'**incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente** : l'assuré accidenté.

Capital de référence :

- En cas de décès (si cette option est souscrite) : capital repris aux conditions particulières du contrat.
- En cas d'invalidité permanente : capital repris aux conditions particulières du contrat.
- En cas d'incapacité temporaire : indemnité forfaitaire journalière reprise aux conditions particulières du contrat.
- Forfait frais divers : indemnité forfaitaire unique reprise aux conditions particulières du contrat.

Compagnie/nous : ACM Belgium SA, Boulevard du Roi Albert II, 2 6 à 1000 Bruxelles, TVA BE 0428.438.211 RPM Bruxelles, IBAN: BE43 3101 9596 0601, BIC : BBRUBRBB ; entreprise d'assurance agréée pour pratiquer les branches 1a, 2, 3, 8, 9, 10a, 13, 16 et 17, agréée sous le numéro de code 0964.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer sur le caractère définitif de l'invalidité permanente. Il s'agit du stade auquel les lésions ne sont plus susceptibles d'évoluer. La consolidation fait l'objet d'un constat médical.

Contrat : conclu de commun accord entre le preneur d'assurance et la compagnie, il

comprend les conditions générales et les conditions particulières, ci-annexées, qui prévalent.

Décès par accident : Il s'agit du décès de l'assuré directement imputable à un Accident garanti et donnant lieu à l'établissement d'un acte de décès ou d'une décision judiciaire de disparition. La mort clinique n'est pas assimilée au décès. Le décès doit intervenir dans un délai maximum de 36 mois à compter de la date de l'Accident garanti.

Fraude à l'assurance : le fait d'induire en erreur, une entreprise d'assurance lors de la conclusion d'un contrat ou pendant la durée de celui-ci, ou lors de la déclaration ou du traitement d'un sinistre, et ce dans le but d'obtenir une couverture d'assurance ou une prestation d'assurance.

Incapacité temporaire totale de travail : l'impossibilité absolue, complète et médicalement constatée pour l'Assuré d'exercer toute activité professionnelle, y compris une activité de direction ou de surveillance. L'indemnisation n'est possible qu'à l'égard de l'Assuré, qui au jour de l'accident, exerce une activité professionnelle ou est en recherche active d'emploi. Invalidité permanente : l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré, reconnue définitive après consolidation et imputable à un Accident garanti.

Preneur d'assurance : vous, la personne physique qui souscrit le contrat, âgée de 65 ans au plus (l'âge étant calculé par différence de millésime : année en cours moins année de naissance).

Sinistre : l'évènement dommageable susceptible d'entraîner l'application de la garantie.

Taux d'invalidité : il varie de 0 à 100 % ; il est fixé par expertise médicale demandée par l'assureur lors de la consolidation des lésions ou au plus tard trois ans après le jour de l'accident, en application du Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Tiers : toute autre personne que la Compagnie, l'Assuré ou le Bénéficiaire du contrat.

Vie privée : temps écoulé hors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées.

OBJET ET ÉTENDUE DU CONTRAT

A. L'OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat garantit le paiement d'une indemnité forfaitaire en cas d'accident couvert survenu à un assuré au cours de la vie privée et entraînant, soit une invalidité permanente d'au moins 5 %, soit une incapacité temporaire totale de travail de 31 jours ou plus, soit le décès par accident, en fonction des garanties souscrites par le preneur et stipulées dans les conditions particulières.

Le présent contrat prévoit également une garantie assistance aux conditions fixées en annexe des présentes conditions générales.

B. QUI EST ASSURÉ ?

Selon la formule choisie, mentionnée aux conditions particulières, sont assurés :

- En formule « **solo** » : le preneur d'assurance (vous)
- En formule « **duo** » : le preneur et son conjoint ou concubin, pour autant qu'il vive au foyer du preneur d'assurance
- En formule « **mono** » : le preneur d'assurance et ses enfants, pour autant qu'ils soient fiscalement à charge d'un de leurs parents
- En formule « **famille** » :
 - le preneur d'assurance,
 - son conjoint ou concubin, pour autant qu'il vive au foyer du preneur d'assurance,
 - leurs enfants, pour autant qu'ils soient fiscalement à charge d'un de leurs parents.

C. OU ÊTES-VOUS ASSURÉ ?

Les garanties s'exercent en Belgique, dans les pays membres de l'Union Européenne (y compris dans les départements et régions d'Outre-Mer Français) dans les principautés d'Andorre et de Monaco, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à St Marin, au Vatican, en Norvège et au Royaume-Uni. Lors de voyages et de séjours qui n'excèdent pas une durée de 90 jours consécutifs, les garanties s'exercent dans le reste du monde.

LES GARANTIES DE L'ASSURANCE ACCIDENTS VIE PRIVÉE

A. ÉVÈNEMENTS ACCIDENTELS GARANTIS

Sous réserve des exclusions, le présent contrat couvre **les accidents de la vie privée** ainsi que les cas particuliers suivants :

- **Les Accidents dus à des attentats, à des agressions ou à des infractions** : sont garantis les accidents résultant de faits volontaires ou non, commis par un tiers et qui présentent le caractère matériel de l'infraction.
- **Les Accidents dus à des catastrophes naturelles ou technologiques** : sont garantis les accidents provoqués par l'intensité anormale d'un agent naturel ou par la mise en œuvre de la technologie.
- **Les Accidents médicaux sans responsabilité** : sont garantis les accidents liés à une prestation de soins de santé au sens de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement

prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité.

Notre intervention n'est due que dans la mesure où le Fonds des Accidents Médicaux décline son intervention.

• **Les Accidents survenus à l'occasion de déplacements privés, uniquement dans les circonstances suivantes :**

- Lorsque les assurés se déplacent en tant que piétons ou utilisateurs de bicyclettes ou de véhicules automoteurs non soumis à l'obligation d'assurance visée par la législation relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs
- Lorsque les assurés de moins de 12 ans conduisent un véhicule à moteur pour enfant dont la vitesse n'excède pas 8km/heure
- Lorsque les assurés conduisent un engin de jardinage motorisé à des fins privées sur un terrain privé
- Lorsque les assurés utilisent une chaise roulante électrique ou un scooter électrique pour personnes à mobilité réduite.

B. PRÉJUDICES INDEMNISÉS

Les garanties définies ci-après vous sont acquises lorsqu'elles sont indiquées comme accordées aux Conditions Particulières et selon les dispositions et limites qui y sont mentionnées.

1. Invalidité permanente

Sous réserve des exclusions, lorsqu'un Accident garanti survient à un assuré au cours de sa vie privée, la compagnie garantit au bénéficiaire :

- En cas d'invalidité permanente comprise entre 5 % et 66 % subsistant après consolidation des lésions consécutives à l'Accident garanti : le paiement d'une indemnité égale au pourcentage du capital de référence correspondant au taux d'invalidité reconnu à l'assuré.
- En cas d'invalidité permanente supérieure à 66 % subsistant après consolidation des lésions consécutive à l'Accident garanti : le paiement d'une indemnité égale au capital de référence.

Toutefois, lorsqu'un Accident affecte un organe, un membre ou une fonction déjà diminué, le taux d'invalidité pris en compte sera déterminé par différence entre le taux d'invalidité fixé avant et après l'accident.

2. Incapacité temporaire totale de travail

Sous réserve des exclusions, lorsqu'un Accident garanti survient à un assuré au cours de sa vie privée, la compagnie garantit au bénéficiaire :

- En cas d'incapacité temporaire totale de travail : le paiement d'une indemnité forfaitaire journalière égale au montant de référence due à partir du 31^{ème} jour de l'incapacité totale et avec un maximum de 60 jours.

Les incapacités temporaires totales de travail successives dues au même accident sont considérées comme une seule et même incapacité.

La prise en charge de l'incapacité temporaire totale cesse à la date de Consolidation.

L'assureur verse l'indemnité journalière, en cas d'incapacité de temporaire totale de travail de l'Assuré, survenant au plus tard avant l'échéance principale suivant son 65^e anniversaire.

3. Forfait Frais Divers

Sous réserve des exclusions, lorsqu'un Accident garanti survient à un assuré au cours de sa vie privée, la compagnie garantit au bénéficiaire :

- Le paiement d'une indemnité forfaitaire égale au capital de référence en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 2 jours ou d'une incapacité temporaire totale de travail d'au moins 31 jours.

N'est pas prise en compte pour la détermination de l'hospitalisation d'une durée supérieure à 2 jours :

- l'hospitalisation de jour
- l'hospitalisation à domicile
- l'hospitalisation ambulatoire.

4. Décès (option)

Sous réserves des exclusions, lorsqu'un Accident garanti survient à un assuré au cours de sa vie privée, la compagnie garantit au bénéficiaire :

- Le paiement d'une indemnité égale au capital de référence en cas de décès par accident intervenant dans un délai maximum de 36 mois à compter de la date de l'accident.

C. LIMITE D'INTERVENTION

Dans tous les cas, l'intervention maximale de la compagnie se limitera aux plafonds prévus aux conditions particulières du contrat.

D. CESSATION DES GARANTIES

Pour chaque assuré, les garanties prennent fin sans aucune formalité à son décès ou après paiement du capital lui revenant au titre d'une invalidité permanente de plus de 66 % suite à un accident.

LES EXCLUSIONS

Sont toujours exclus, pour toutes les garanties, les dommages :

- **résultant d'affections virales, microbiennes, parasitaires, mycosiques et infectieuses, y compris les affections ou lésions consécutives à une piqûre d'insecte ou à une contamination, même si elles résultent d'un Accident garanti.**

Cette exclusion n'a pas vocation à s'appliquer aux dommages résultant d'accidents médicaux au sens de l'Article A « EVENEMENTS ACCIDENTELS GARANTIS » des présentes conditions générales,

- **résultant d'affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, de pathologies vertébrales, de ruptures musculaires et tendineuses, de fibromyalgies,**
- **résultant d'affections cardio-vasculaires et vasculaires, un accident cardio-vasculaire, un accident vasculaire-cérébral, un accident ischémique transitoire, un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque cérébrale, une rupture d'anévrisme,**
- **résultant d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique.**

Sont toujours exclus, pour toutes les garanties, les Accidents :

- **résultant de la guerre, des faits de même nature et de la guerre civile,**
- **résultant d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections et de**

mouvements populaires dans lesquels l'Assuré est impliqué en qualité d'auteur, de co-auteur ou de complice,

- résultant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire,
- résultant de la participation de l'assuré à des paris, duels, défis ou actes téméraires, à des grèves, émeutes, rixes ou actes de violence, à des actes criminels ou illégaux, sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger,
- résultant de l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique de l'assuré ainsi que d'un état analogue causé par l'utilisation de produits ou substances autres que des boissons alcoolisées,
- résultant directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radioactivité, de la production de radiations ionisantes de toute nature, des propriétés nocives des substances nucléaires,
- résultant d'expérimentations (bio-)médicales,
- résultant d'un état psychique antérieur déficient (trouble mental altérant le contrôle des actes),
- résultant de l'usage, en tant que conducteur ou passager, d'un véhicule automoteur soumis à l'obligation d'assurance visée par la législation relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs,
- de la circulation dans lesquels est impliqué un véhicule automoteur soumis à l'obligation d'assurance visée par la législation relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs,
- résultant d'événements survenus antérieurement à la prise d'effet du contrat,
- résultant d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique,
- subis à l'occasion d'activités professionnelles
- subis à l'occasion d'activités de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales,
- survenus en milieu carcéral
- causés par des maladies ou affections, même si elles se manifestent de manière soudaine et imprévisible,
- résultant de la pratique de sports à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement,
- survenus lors d'activités physiques et sportives pratiquées dans des conditions extrêmes. Sont visés : les sports aériens, ceux nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur, les sports de combat, les arts martiaux, le benji, le bobsleigh, le canyoning, l'escalade, le skeleton, le ski nautique, le steeple-chase, le yachting, le motonautisme de vitesse ou d'endurance, l'alpinisme au-dessus de 4 000 mètres d'altitude, l'aviation avec voltige et acrobatie, la spéléologie avec scaphandre autonome ou en solo, la plongée sous-marine au-delà de 40 mètres de profondeur,
- survenus à l'occasion de toute tentative de record ou d'exploit,
- médicaux (thérapeutiques) au sens de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé instituant un Fonds des Accidents Médicaux et pris en charge par ce Fonds ou engageant la responsabilité d'un prestataire de soins,
- médicaux résultant d'une opération prévue avant l'adhésion au contrat,
- du travail ou sur le chemin du travail au sens de loi relative aux accidents du travail du 10 avril 1971.

VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, Le bénéficiaire doit :

- justifier, le cas échéant, sa qualité de bénéficiaire,
- déclarer l'accident au plus tard dans les huit jours de sa survenance,
- joindre un certificat médical constatant les conséquences et séquelles de l'accident,
- fournir à la compagnie toutes les pièces justificatives qu'elle estime nécessaires et répondre à toutes ses demandes de renseignements,
- transmettre l'avertissement-extrait de rôle délivré par le Service Public Fédéral des Finances conformément à l'article 136 de l'Arrêté Royal d'exécution du Code des Impôts sur les revenus ou toute autre pièce officielle justifiant des revenus de l'assuré accidenté autre qu'un enfant.

En outre, l'assuré :

- doit justifier sa qualité d'assuré,
- a le libre choix de son médecin et/ou de son établissement hospitalier,
- doit recourir immédiatement à tous les soins nécessaires et se conformer aux prescriptions du médecin aussi longtemps que des chances d'amélioration existent,
- s'engage à recevoir le médecin délégué par la compagnie et à faciliter ses constatations,
- autorise anticipativement son médecin à transmettre au médecin-conseil de la compagnie tous renseignements utiles ainsi que, le cas échéant, un certificat établissant la cause de son décès.

Si ces dispositions ne sont pas respectées, la compagnie se réserve le droit de réduire, refuser ou récupérer ses prestations, proportionnellement au préjudice qu'elle aura subi.

Si l'assuré ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère la gravité des dommages, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat.

Expertise

En cas de désaccord sur l'évaluation du dommage, le différend est tranché contradictoirement par deux experts mandatés, l'un par le bénéficiaire, l'autre par la compagnie.

Faute de s'entendre, ces experts s'en adjoignent un troisième et forment alors un collège statuant à la majorité des voix. Si l'une des parties ne nomme pas son expert, cette nomination est faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Première Instance de l'arrondissement du domicile du preneur d'assurance. Il en est de même si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième expert ou si l'un d'eux ne remplit pas sa mission.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son expert. Ceux du troisième sont partagés par moitié.

Aggravation du dommage

L'assuré ayant bénéficié du paiement d'une indemnité au titre de l'invalidité permanente et dont l'état de santé s'aggrave doit transmettre à la compagnie un certificat médical constatant les causes et l'origine de cette aggravation ainsi que le lien de causalité avec l'accident indemnisé.

La compagnie pourra demander une nouvelle expertise médicale.

En cas de recevabilité de la demande, le cumul des indemnités successivement réglées au

bénéficiaire sera égal à l'indemnité correspondant au nouveau taux d'invalidité reconnu, déduction faite des indemnités déjà versées.

LA VIE DU CONTRAT

A. FORMATION ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est conclu de commun accord entre vous et la compagnie, il comprend les Conditions Générales et les Conditions Particulières, ci-annexées, qui prévalent.

Le contrat d'assurance prend cours à la date indiquée aux Conditions Particulières pour autant que la première prime ait été payée.

Le contrat est souscrit pour une durée d'un an. À la fin de la période d'assurance, il se renouvelle tacitement d'année en année. Vous pouvez le résilier à la fin de la période en cours au moins 3 mois avant l'échéance. La notification de la résiliation se fait soit par lettre recommandée, soit par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

B. DÉCLARATIONS À LA CONCLUSION DU CONTRAT

1. Données à déclarer

Les déclarations du preneur d'assurance servent de base au contrat.

Le preneur d'assurance est donc tenu de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qui pourraient constituer pour nous des éléments d'appréciation du risque.

Toutefois, il ne doit pas déclarer les circonstances déjà connues de la compagnie ou que la compagnie aurait raisonnablement dû connaître.

S'il n'a point été répondu à certaines questions écrites, la compagnie ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

2. Omission ou inexactitude intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration des données relatives au risque induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration des données relatives au risque lui sont dues.

3. Omission ou inexactitude non intentionnelles

Modification du contrat

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration des données ne sont pas intentionnelles, le contrat n'est pas nul.

L'assureur propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude dans la déclaration des données, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude dans la déclaration des données.

Résiliation du contrat

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, l'assureur peut résilier le contrat dans les 15 jours, conformément aux dispositions applicables.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude dans la déclaration des données.

Absence de réaction de l'assureur

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat, ni proposé une modification dans les délais déterminés aux précédents paragraphes ne peut plus se prévaloir ultérieurement des faits qui lui étaient connus.

Sinistre

Si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au preneur d'assurance et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur n'est tenu de fournir une prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré les données.

Toutefois, si lors d'un sinistre, l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

C. DÉCLARATIONS EN COURS DE CONTRAT

1. Données à déclarer

Le preneur d'assurance est tenu de nous déclarer 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'évènement assuré. Modifications à nous renseigner impérativement :

- le preneur d'assurance ;
- chaque changement d'adresse ;
- toutes circonstances nouvelles rendant inexactes ou caduques les réponses que vous avez apportées lors de la souscription du contrat et qui sont reproduites aux Conditions Particulières.

2. Aggravation sensible et durable du risque

Si le risque de survenance de l'évènement assuré s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, nous n'aurions consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, nous devons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si le preneur d'assurance refuse cette proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours suivant l'expiration du délai précité.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, nous pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation.

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat ni proposé une modification dans les délais déterminés aux précédents paragraphes ne peut plus se prévaloir ultérieurement de l'aggravation du risque.

Toute omission ou inexactitude dans la déclaration des nouvelles circonstances ou des aggravations, commise de bonne foi par vous, permet de vous opposer la règle

proportionnelle (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des primes payées par rapport aux primes qui auraient été dues si vous aviez régulièrement et exactement déclaré les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances). Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation en cas de sinistre se limitera au remboursement des primes payées. Toute omission ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration des nouvelles circonstances ou des modifications de circonstances permet à la compagnie de refuser sa garantie et de conserver les primes.

3. Diminution sensible et durable du risque

Si le risque de survenance de l'évènement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous accordons une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque. Si nous ne parvenons pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de votre demande de diminution, le preneur d'assurance peut résilier le contrat.

4. Circonstances inconnues à la conclusion du contrat

Lorsqu'une circonstance vient à être connue en cours de contrat alors même qu'elle était inconnue des deux parties au moment de la conclusion du contrat, les paraphrases 2 et 3 sont applicables pour autant que la circonstance soit de nature à entraîner une diminution ou une aggravation du risque assuré.

D. PRIME

1. Montant de la prime

Le montant de la prime est fixé en fonction de la formule choisie (SOLO, DUO, MONO, FAMILLE) tel qu'indiqué aux Conditions Particulières, de l'âge du preneur d'assurance et de l'option choisie (avec ou sans garantie décès).

2. Modifications des conditions d'assurance ou tarifaires

Lorsque nous modifions les conditions d'assurance et notre tarif ou simplement notre tarif, nous adaptons le présent contrat à l'échéance annuelle suivante.

Nous vous notifions cette adaptation préalablement à cette date d'échéance. Toutefois, vous pouvez résilier le contrat dans les délais indiqués au point E « Résiliation ».

Nous pouvons modifier les conditions d'assurance entièrement au profit du preneur d'assurance, de l'assuré ou de tout tiers impliqué dans l'exécution du contrat.

Lorsque la prime augmente, vous pouvez résilier le contrat.

Si nous modifions les conditions d'assurance relatives à la modification de la prime en fonction des sinistres qui se sont produits et que cette modification n'est pas entièrement en faveur du preneur d'assurance ou de l'assuré, vous pouvez résilier le contrat.

Si nous modifions les conditions d'assurance conformément à une décision législative d'une autorité, nous vous informons clairement.

Lorsque la modification entraîne une majoration de la prime, ou si la modification n'est pas uniforme pour tous les assureurs, vous pouvez résilier le contrat.

A défaut d'une information claire, c'est la garantie la plus étendue, résultant de la législation qui est d'application et vous pouvez résilier le contrat.

Nous pouvons résilier le contrat si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque résultant du nouveau cadre légal.

Si nous proposons d'autres modifications que celles visées ci-dessus, nous vous informons clairement et vous pouvez résilier le contrat.

Vous disposez également d'un droit de résiliation si vous n'avez pas reçu une information claire de notre part au sujet de la modification.

La communication de la modification des conditions d'assurance et de la prime a lieu conformément à la législation en vigueur.

Si nous augmentons la prime, vous pouvez résilier le contrat conformément aux dispositions applicables.

La communication de l'adaptation de la prime a lieu conformément à la législation en vigueur. Si le montant de la prime est modifié conformément à une disposition claire et précise du contrat d'assurance, vous ne disposez pas d'un droit de résiliation.

3. Paiement de la prime

3.1 Modalités de paiement

La prime annuelle, majorée des taxes et contributions, est payable, sur notre demande, par anticipation à la date d'échéance du contrat ou à la date de modification du contrat. Le paiement par domiciliation bancaire est privilégié.

3.2 Les conséquences de défaut de paiement de la prime

En cas de présentation infructueuse de la demande de paiement par domiciliation, nous nous réservons le droit d'adapter le contrat d'assurance (encaissement normal et, le cas échéant, suppression du fractionnement mensuel).

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, nous pouvons suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat à condition que vous ayez été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par envoi recommandé.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration du délai mentionné dans la mise en demeure mais qui ne peut pas être inférieur à 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de l'envoi recommandé.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par vous des primes échues, comme spécifié dans la dernière mise en demeure ou décision judiciaire, met fin à cette suspension. Lorsque nous avons suspendu notre obligation de garantie, nous pouvons encore résilier le contrat si nous nous en sommes réservé la faculté dans la mise en demeure visée ci-dessus. Dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration du délai mentionné dans la mise en demeure mais qui ne peut pas être inférieur à 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si nous ne nous sommes pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après une nouvelle mise en demeure conformément aux dispositions visées ci-dessus.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que vous ayez été mis en demeure conformément aux dispositions visées ci-dessus. Notre droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

3.3 Fractionnement de la prime

Le fractionnement de la prime est une facilité de paiement que nous vous octroyons. Il relève d'un accord intervenu entre vous et nous et ne remet pas en cause le caractère annuel et exigible de la prime.

La prime sera obligatoirement payée par domiciliation.

En cas de défaut de paiement d'une fraction de la prime, nous nous réservons le droit de supprimer le fractionnement de la prime.

3.4 Frais administratifs

Lors de toute mise en demeure, nous nous réservons le droit de réclamer un montant couvrant nos frais administratifs, incluant le coût actuel d'un envoi par lettre recommandée. De même, si nous sommes contraints de confier à un tiers la récupération de votre créance, une indemnité complémentaire de 10 % du montant dû vous sera réclamée. Cette indemnité couvre autant nos frais de gestion avec ce tiers que le coût des services offerts par ce tiers.

Ces montants réclamés au titre de frais ne pourront être supérieurs aux coûts réels engagés et ne pourront excéder les montants inscrits aux dispositions réglementaires en vigueur.

Au cas où nous ne vous avons pas remboursé en temps utile un montant couvrant (partiellement ou totalement) la prime d'assurance et pour autant que vous nous ayez adressé une mise en demeure par lettre recommandée, nous vous rembourserons les frais administratifs, incluant le coût actuel d'un envoi par recommandé. De même, si vous deviez être contraint de confier la récupération de la créance à un tiers, nous vous paierons l'indemnité équivalente à 10 % du montant dû.

E. RÉSILIATION

1. Motifs de la résiliation

Motif ?	À quelles conditions ?	Par qui ?
Avant la prise d'effet du contrat.	Lorsqu'un délai supérieur à un an s'écoule entre la date de la conclusion et celle de la prise d'effet du contrat. La résiliation doit être notifiée au plus tard 3 mois avant la prise d'effet. La résiliation prend effet à la date de la prise d'effet du contrat.	Vous et Nous.
A l'échéance du contrat.	À notifier au plus tard 3 mois avant l'échéance. La résiliation prend effet à la date de cette échéance.	Vous et Nous.
En cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif.	- Si nous vous avisons des modifications au moins 4 mois avant l'échéance du contrat, la résiliation doit nous être notifiée au plus tard 3 mois avant l'échéance. - Si nous vous avisons des modifications moins de 4 mois avant l'échéance du contrat, la résiliation doit nous être notifiée dans les 3 mois suivant la notification des modifications.	Vous.

Motif ?	À quelles conditions ?	Par qui ?
Après sinistre.	<p>- Suite à un sinistre : la résiliation doit être notifiée au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité. Elle prend effet au plus tôt 3 mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.</p> <p>- Nous avons également la faculté de résilier le contrat après sinistre, lorsque vous avez manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de nous tromper, dès que nous avons déposé plainte contre une de ces personnes devant un juge d'instruction avec constitution de partie civile ou l'avons citée devant la juridiction du jugement. Elle prend effet au plus tôt 1 mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt d'un envoi recommandé.</p>	Vous et Nous.
Changement d'assureur.	<p>En cas de cession par l'assureur de droits et obligations résultant du contrat. La résiliation doit s'effectuer dans un délai de 3 mois à compter de la publication au Moniteur belge de la décision de la Banque nationale de Belgique d'approbation de la cession. La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification par exploit d'huissier ou du lendemain de la date du récépissé ou, dans le cas d'un envoi recommandé, à compter du lendemain de son dépôt, ou à la date d'échéance annuelle de la prime lorsque celle-ci se situe avant l'expiration du délai d'un mois.</p>	Vous.
Cessation des activités par l'assureur.	En cas de faillite, concordat judiciaire ou retrait d'agrément de l'assureur.	Vous.
Diminution du risque.	Si en cas de diminution du risque aucun accord n'est intervenu sur le montant de la nouvelle prime dans le mois de la demande de diminution de prime	Vous.
Police combinée.	Lorsque nous résilions une ou plusieurs garanties du contrat.	Vous.
Défaut paiement de prime.	<p>Pour défaut de paiement de la prime, même sans suspension préalable de la garantie, pour autant que vous ayez été mis en demeure. La résiliation prend alors effet au plus tôt 15 jours à compter du lendemain de la signification ou, dans le cas d'un envoi recommandé, à compter du lendemain de son dépôt.</p>	Nous.

Motif ?	À quelles conditions ?	Par qui ?
Omission ou inexactitude non intentionnelle dans la déclaration.	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le délai de 1 mois à compter du jour où nous avons connaissance de l'omission ou de l'inexactitude si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque. - Dans les 15 jours si vous n'êtes pas d'accord sur notre proposition de modification ou si vous ne réagissez pas dans le mois à cette proposition. 	Nous.
Aggravation sensible et durable du risque en cours de contrat.	<ul style="list-style-type: none"> - Le délai de 1 mois à compter du jour où nous avons connaissance de l'aggravation du risque si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque. - Dans les 15 jours si vous n'êtes pas d'accord sur notre proposition de modification ou si vous ne réagissez pas dans le mois à cette proposition. 	Nous.
Nouvelle dispositions légales	Lorsque nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque résultant de la modification des conditions d'assurance conformément à une décision d'une autorité.	Nous.
Faillite preneur.	<ul style="list-style-type: none"> - Nous pouvons résilier le contrat au plus tôt 3 mois après la déclaration de faillite. - Le curateur peut résilier le contrat dans les 3 mois qui suivent la déclaration de faillite. 	Le curateur et Nous.
Décès preneur.	<ul style="list-style-type: none"> - Nous pouvons résilier le contrat après le décès du preneur d'assurance dans les 3 mois à compter du jour où nous en avons eu connaissance. - Les héritiers du preneur d'assurance peuvent résilier le contrat dans les 3 mois et 40 jours qui suivent le décès du preneur d'assurance. 	Les héritiers et Nous.

2. Formes de la résiliation

Lorsqu'elle n'est pas de plein droit, la résiliation se fait par exploit d'huissier, par envoi recommandé ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Sauf mention contraire, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification par exploit d'huissier ou, dans le cas d'un envoi recommandé, à compter du lendemain de son dépôt ou à compter du lendemain de la date du récépissé.

3. Sort de la prime

Dans tous les cas de résiliation en dehors de l'échéance annuelle, la portion de prime entre la date d'effet de la résiliation et l'échéance suivante vous est restituée, à condition que les modalités de résiliation aient été respectées.

Si la portion de prime précédant la résiliation n'a pas été payée, elle nous reste due.

F. PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat est de trois ans à partir du jour de l'évènement qui donne ouverture à l'action.

G. FRAUDE

Toute fraude ou tentative de fraude entraîne l'application des sanctions prévues dans la législation applicable et/ou le contrat d'assurance et peut, le cas échéant, faire l'objet de poursuites pénales.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

A. INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE À DISTANCE

Les présentes Conditions Générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, vous ferez le choix de votre langue. A tout moment au cours de la relation contractuelle, le preneur d'assurance a le droit, à sa demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier.

La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi belge. Tout litige relatif à la relation précontractuelle relève de la compétence exclusive des cours et tribunaux belges.

B. DROIT DE RÉTRACTATION

Tant le preneur d'assurance que la compagnie peuvent résilier le contrat conclu à distance sans pénalité et sans motivation par lettre recommandée dans un délai de 14 jours calendrier. Ce délai commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du jour où le preneur d'assurance reçoit les conditions contractuelles et l'information précontractuelle sur un support durable, si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

La résiliation par le preneur d'assurance prend effet au moment de sa notification. La résiliation émanant de la compagnie prend effet huit jours après sa notification.

Pour exercer votre droit de rétractation, il convient d'adresser, à l'adresse suivante : ACM Belgium SA, Boulevard Roi Albert II, 2 à 1000 Bruxelles, une lettre recommandée.

Pour ce faire, vous pouvez utiliser le modèle ci-après :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse du preneur d'assurance] notifie par la présente ma rétractation du contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur les Conditions Particulières du contrat] que j'avais souscrit le [date de la souscription] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].
[Date] [Signature du preneur d'assurance] ».

Si le contrat est résilié par le preneur d'assurance ou par la compagnie et que l'exécution du contrat avait déjà commencé, le preneur d'assurance est tenu au paiement de la prime au prorata de la période au cours de laquelle une couverture a été octroyée. Il s'agit de l'indemnité pour les services déjà fournis.

À l'exception du paiement pour les services déjà fournis, la compagnie rembourse toutes les sommes qu'elle a perçues du preneur d'assurance conformément au présent contrat. Elle dispose à cette fin d'un délai de 30 jours calendrier qui commence à courir :

- au moment où le consommateur procède à la résiliation, à compter du jour où la

compagnie reçoit la notification de la résiliation ;

- au moment où la compagnie procède à la résiliation, à compter du jour où il envoie la notification de la résiliation.

C. PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date figurant sur les Conditions Particulières pour autant que la première prime ait été payée.

Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de rétractation sauf acceptation expresse du preneur d'assurance.

DISPOSITIONS DIVERSES

A. DROIT APPLICABLE

Le droit belge est applicable au contrat d'assurance et à la relation précontractuelle.

B. COMPÉTENCE DE JURIDICTION

Tout litige relatif à la formation, à la validité, à l'exécution, à l'interprétation ou à la résiliation du présent contrat est de la compétence exclusive des cours et tribunaux belges.

C. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

ACM Belgium SA est soumis à la surveillance de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA, rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles, www.fsma.be) et de la Banque Nationale de Belgique (Boulevard de Berlaimont 14 à 1000 Bruxelles, www.nbb.be).

D. COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS

Toute communication avec nos assurés se tient en français ou en néerlandais, selon le choix de l'assuré. Tous nos documents sont disponibles en français et en néerlandais.

Les communications et notifications qui nous sont destinées doivent être faites à notre adresse postale, notre adresse électronique ou à toute autre personne désignée à cette fin dans les Conditions Particulières.

Les communications et notifications au preneur d'assurance doivent être faites à la dernière adresse reçue du preneur d'assurance.

Moyennant le consentement du preneur d'assurance, ces communications et notifications peuvent également se faire par courrier électronique à la dernière adresse fournie par lui.

E. PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

1. Le traitement de vos données personnelles

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de notre relation sont enregistrées dans un ou plusieurs fichiers et font l'objet d'un traitement par le responsable de traitement, ACM Belgium SA, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Boulevard du Roi Albert II 2, et conformément à la réglementation en vigueur (Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil 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).

Pour plus d'informations relatives au traitement des données à caractère personnel, nous vous renvoyons à la Déclaration concernant les données à caractère personnel, disponible sur notre site web (<https://www.acm.be/fr/privacy/protection-des-donnees-personnelles.html>).

1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Nous collectons et traitons vos données personnelles également pour la gestion et l'administration de nos relations commerciales (p.e. comptabilité, recouvrement), pour répondre aux demandes d'information et pour mener toute activité marketing auprès des clients ayant donné leur accord. De même, vos données pourront être traitées pour toute autre finalité à laquelle vous aurez expressément consenti ainsi que pour satisfaire à nos obligations légales ou réglementaires.

Pour chaque finalité, seules les données pertinentes pour la poursuite de la finalité en question sont traitées.

Vos données à caractère personnel sont traitées sur un ou plusieurs fondements juridiques. Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans. Vos données peuvent être utilisées, avec votre accord pour la finalité ou les finalités spécifiques auxquelles vous avez consenties. S'agissant du traitement des données personnes concernant votre santé, nous ne les traitons que moyennant votre consentement explicite préalable. Le défaut de recevoir votre consentement peut entraîner, selon le cas, le refus d'engager ou de poursuivre une relation, l'impossibilité pour nous de poursuivre ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée. Enfin, le traitement peut être nécessaire à l'exécution d'un contrat : ACM Belgium SA doit recueillir certaines de vos données pour fournir ses services. Si vous choisissez de ne pas partager ces données avec ACM Belgium SA, cela peut rendre l'exécution du contrat impossible

1.2. A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants au sens du RGDP, prestataires, mandataires, autres entreprises d'assurances intervenantes, experts, bureaux de règlement de sinistres, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect des législations applicables.

ACM Belgium SA pourra communiquer au GIE Datassur des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres. Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et

signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à Datassur à l'adresse suivante : Square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles.

ACM Belgium SA peut également autoriser que les données à caractère personnel soient traitées en dehors de l'Union européenne. ACM Belgium SA ne transfère vos données à caractère personnel vers un pays tiers que si ce dernier garantit un niveau de protection équivalent à celui que vous pouvez trouver dans votre pays de résidence, notamment lorsqu'une décision d'adéquation existe ou par l'utilisation des clauses contractuelles types.

1.3. Comment protégeons-nous vos données ?

ACM Belgium SA met en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour protéger vos données à caractère personnel contre la destruction, la perte, la modification ou tout traitement non autorisé. Ces mesures de protection sont régulièrement adaptées aux développements techniques et organisationnels.

À ce titre, seules les personnes (employés, partenaires, consultants, etc.) pour lesquelles le traitement des données est nécessaire à l'accomplissement de leurs tâches ont accès à vos données à caractère personnel. Ces personnes sont tenues de respecter la confidentialité de ces données.

Parce que certaines données sont plus sensibles que d'autres, les données de santé font l'objet d'une protection renforcée. Les données sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font également l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

ACM Belgium SA conserve vos données à caractère personnel uniquement pendant la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées. ACM Belgium SA conserve les données à caractère personnel lorsque cela est nécessaire pour faire valoir ses droits ou se défendre contre des actions en justice, jusqu'à la fin de la période de conservation concernée ou jusqu'à ce que les actions en question prennent fin. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous. Une fois ces objectifs atteints, toutes les données à caractère personnel sont supprimées.

2. Les droits dont vous disposez

2.1. De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'effacement et d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité.

Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

Lorsque le traitement est fondé sur le consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait du consentement.

2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits ou toute demande d'information complémentaire, il convient d'adresser une demande datée et signée, accompagnée d'une copie recto-verso d'un justificatif d'identité (en cours de validité) à l'adresse suivante : Par e-mail : dataprotection@acm.be. Par courrier : Data Protection, ACM Belgium SA, Boulevard Roi Albert II 2, 1000 Bruxelles, Belgique.

2.3. En cas de difficulté

Pour toute autre question ou difficulté, il convient d'adresser une demande datée et signée, accompagnée d'une copie recto-verso d'un justificatif d'identité (en cours de validité) à l'adresse suivante: Par e-mail : dataprotection@acm.be. Par courrier : Data Protection, ACM Belgium SA, Boulevard Roi Albert II 2, 1000 Bruxelles, Belgique

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de ACM Belgium SA : Monsieur le Délégué à la protection des données, 63 chemin Antoine Pardon, 69814 Tassin, France.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Protection des Données (APD) : Par e-mail : contact@apd-gba.be; Par courrier : Autorité de Protection des Données, Rue de la presse, 35, B-1000 Bruxelles, Tél : +32 (0)2 274 48 00. Votre demande devra être accompagnée d'une copie recto-verso d'un justificatif d'identité (en cours de validité).

3. Visite des locaux et site internet ACM BELGIUM SA

Lorsque vous visitez nos locaux, vous pouvez faire l'objet d'un enregistrement vidéo, le cas échéant, par les caméras de surveillance à des fins de sécurité, conformément à l'A.R du 8 mai 2018 relatif aux déclarations d'installation et d'utilisation de caméras de surveillance et au registre d'activités de traitement d'images de caméras de surveillance.

Lorsque vous visitez nos sites internet vos données à caractère personnel peuvent être collectées par l'utilisation des cookies. Pour plus d'informations à ce sujet, nous vous renvoyons à notre Politique de gestion des cookies (<https://www.acm.be/fr/gestion-des-cookies.html>).

F. SERVICE DES PLAINTES

Nous cherchons toujours à apporter le meilleur service possible à nos assurés. Si toutefois vous souhaitez nous soumettre un éventuel mécontentement, vous avez la possibilité de nous en faire part.

Le plaignant est toute personne qui introduit une plainte, qu'il s'agisse d'un prospect à l'assurance, d'un preneur d'assurance, d'un assuré, d'un bénéficiaire ou d'un tiers lésé.

Vous pouvez contacter votre conseiller dans votre agence habituelle pour toute question relevant de vos contrats et notre service « Constatel » pour toute question relevant de la gestion d'un sinistre. Vous pouvez aussi contacter le Responsable de la gestion des plaintes, soit par mail : complaints@acm.be, soit par courrier postal : Responsable de la gestion des plaintes, ACM Belgium SA, Boulevard Roi Albert II, 2, 1000 Bruxelles.

Une personne dédiée à la gestion des plaintes analysera votre dossier rapidement et en toute objectivité. Il s'engage à vous répondre définitivement dans les meilleurs délais. En effet, nous vous garantissons une réponse dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception de votre plainte. Si une réponse définitive ne peut vous être donnée dans ce délai, nous vous en informons par courrier circonstancié.

Vous pouvez vous adresser au service de l'Ombudsman des assurances si vous continuez à manifester votre désaccord après notre réponse définitive. Ce service de médiation examine les litiges en assurances entre un consommateur et une entreprise d'assurance. Vous pouvez contacter l'Ombudsman des Assurances soit par courrier postal : Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, soit par le site internet : www.ombudsman-insurance.be, sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Les plaintes afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

CONDITIONS GÉNÉRALES ASSISTANCE

I. DISPOSITIONS COMMUNES

1. Définitions

Ce contrat entend par:

1.1. L'assureur: AWP P&C S.A., Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles – Belgique, agréée sous le code 2769 – numéro d'entreprise 0837.437.919.

AWP P&C S.A.- Belgian Branch est la succursale belge de la compagnie française d'assurance AWP P&C S.A., rue Dora Maar 7 à 93400 Saint-Ouen, RCS Bobigny 519 490 080. Dans les Conditions Générales, l'assureur est désigné par le terme « L'assisteur ».

1.2. ACM Belgium SA, Boulevard du Roi Albert II, 2 – 1000 Bruxelles – Entreprise agréée sous le code n° 0964 – RPM 0428.438.211.

1.3. Rapatriement: le retour à votre domicile.

1.4. Accident : un accident couvert par le contrat d'assurance 'Accident Vie Privée' souscrit auprès de ACM Belgium SA, et donnant lieu soit à une hospitalisation de minimum 24h, soit à un d'arrêt de travail de plus de 48h avec incapacité (justifié par une attestation médicale).

2. Correspondance et communication

AWP P&C en Belgique: Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, et tout avis doit être fait à cette adresse.

3. Quel est l'objet de ce contrat?

Dans les limites des conditions et des capitaux spécifiés dans les Conditions Générales et Particulières du présent contrat d'assurance, ce contrat garantit le paiement des montants prévus et l'exécution des prestations prévues, suite à un accident assuré par le présent contrat.

4. Où s'applique la garantie?

L'assistance à l'étranger s'applique dans le monde entier, sauf la Belgique et le pays de votre domicile.

L'assistance en Belgique s'applique seulement sur le territoire Belge.

5. Montants assurables maximaux

La prise en charge par L'assisteur des montants susmentionnés est de nature complémentaire. Cela signifie que L'assisteur n'assume que le solde des frais qui restent à charge de la personne assurée ou de son débiteur, après l'intervention de la Sécurité sociale (assurance obligatoire et/ou complémentaire).

En cas de refus d'une de ces institutions, une attestation justifiée doit être soumise à L'assisteur, ainsi que les originaux des notes et factures refusées.

6. Subrogation

L'assisteur est subrogée, jusqu'à concurrence des indemnités payées, dans vos droits et actions contre tiers. Si, par votre fait, la subrogation ne peut pas produire ses effets, L'assisteur peut vous réclamer la restitution des indemnités payées dans la mesure du préjudice qu'elle a subi.

7. Prescription

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite après trois ans à dater de l'événement qui donne ouverture à l'action.

8. Règles juridiques - Pouvoir juridique

Ce contrat est régi par ces Conditions Générales et Particulières, les dispositions de la loi relative aux assurances et la législation belge.

Toute félicitation ou toute plainte concernant nos services peut nous être adressée :

- par courrier à l'attention du service qualité ;
- par fax : +32-2-290 65 26 ;
- par e-mail : quality.be@allianz.com.

Si, après le traitement de votre plainte par nos services, un désaccord persiste, vous avez, outre la possibilité de recourir à une procédure judiciaire, une possibilité de recours auprès de l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, info@ombudsman-insurance.be, tel : +32-2-547 58 71.

9. Vos obligations

Vous devez remplir les obligations suivantes.

9.1. En général

- a.** Tous les interventions de secours, les transports et rapatriements sont effectués avec votre accord et sous votre contrôle. La responsabilité des prestations d'assistance revient uniquement à L'assisteur.
- b.** Tant à l'intérieur qu'à l'étranger vous devez prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement de vos frais auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme d'assurance.
- c.** Sans attendre, et dans tous les cas dans un délai de 30 jours, fournir tous les renseignements utiles à L'assisteur et répondre aux questions qui vous sont posées afin d'être en mesure de déterminer les circonstances et l'ampleur des dommages.
- d.** Prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter un sinistre. Ensuite, prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou limiter les conséquences négatives d'un sinistre.
- e.** Fournir à L'assisteur les preuves originales des circonstances, des conséquences et de votre sinistre.
- f.** Faire constater l'accident par un médecin.
- g.** Prendre les mesures nécessaires afin de fournir à L'assisteur les informations médicales afférentes à la personne concernée. De plus, autoriser les médecins de L'assisteur à recueillir les informations médicales afférentes à la personne concernée. Autoriser aussi le médecin désigné par L'assisteur à examiner la personne concernée.
- h.** Si vous bénéficiez d'autres assurances couvrant le même risque, communiquer à L'assisteur les garanties et l'identité de ces assureurs.

9.2. Pour l'assistance à l'étranger

- a.** En cas de sinistre à l'étranger, contacter immédiatement – après avoir reçu les premiers soins d'urgence – L'assisteur et se conformer à ses instructions : téléphoner au numéro +32 2 773 61 05 ou transmettre votre message par fax au numéro +32 290 61 01. Toute assistance, chaque frais ou chaque prestation de service donne droit à une indemnisation si l'accord préalable a été demandé à L'assisteur et si L'assisteur a donné sa permission.

- b.** Dès que possible, et en tout cas dans les 7 jours, communiquer le sinistre par écrit à L'assisteur.

9.3. Pour l'assistance en Belgique

- a.** La demande d'assistance doit être introduite dans les 30 jours après la fin de l'hospitalisation. Toute hospitalisation ne doit pas être communiquée à L'assisteur.
- b.** L'assuré qui veut faire appel à l'assistance doit prévenir L'assisteur : téléphoner au numéro +32 2 773 61 05 ou faxer au numéro +32 2 290 61 01. Toute assistance, chaque frais ou chaque prestation de service donne droit à une indemnisation si l'accord préalable a été demandé à L'assisteur et si L'assisteur a donné sa permission.
- c.** L'assuré doit respecter les arrangements faits avec L'assisteur pour l'organisation de l'assistance.

9.4. Sanctions en cas de non-respect de vos obligations

Si vous manquez à une de vos obligations et qu'une relation existe avec le sinistre, vous perdez votre droit à la prestation d'assurance. Toutefois, dans le cas des articles I.9.1.b., I.9.1.c., I.9.1.d. en I.9.2.a., L'assisteur peut uniquement réduire sa prestation jusqu'à concurrence du préjudice qu'elle a subi. Le manquement à vos obligations avec intention frauduleuse, l'omission intentionnelle ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.

10. Exclusions

10.1. Sont exclus de la garantie assistance à l'étranger :

- a.** Tous sinistres existants avant ou au moment de la prise d'effet de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, et leurs conséquences.
- b.** Toutes circonstances connues ou présentes lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, par lesquelles le sinistre pouvait raisonnablement être attendu.
- c.** Toutes blessures d'accidents existantes lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, et leurs conséquences.
- d.** Usage abusif de médicaments, l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'excitants, l'ivresse ou l'alcoolisme.
- e.** Les attitudes irréfléchies, les activités liées à des risques de travail ou d'entreprise particuliers.
- f.** Les voyages aériens, sauf en tant que passager payant d'un appareil agréé pour le transport public de voyageurs.
- g.** La participation à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense.
- h.** Les grèves, les décisions des autorités, la limitation de la libre circulation, les rayonnements radioactifs ou le non-respect volontaire des dispositions légales ou officielles.
- i.** Les guerres, les guerres civiles, les insurrections, les révolutions ou les émeutes; sauf à l'étranger, si le sinistre a lieu endéans les 14 jours à dater du début de cet événement dans le pays où vous séjournez, et que cet événement vous a surpris.
- j.** Les retards ou le non-respect de services convenus, en cas de force majeure, d'événements imprévisibles, de grèves, de guerres ou de guerres civiles, de révoltes, d'émeutes, de décisions des autorités, de restriction de la libre circulation, de rayonnement radioactifs, d'explosion, de sabotage, de détournement ou de terrorisme.
- k.** Tentative de suicide et suicide.

l. Les attentats terroristes.

m. Catastrophes naturelles.

n. Les diagnostics, traitements et médicaments, qui ne sont pas reconnus par la sécurité sociale du pays de votre domicile (par exemple : Belgique: INAMI).

o. Toutes les conséquences des exclusions mentionnées dans ce contrat.

10.2. Sont exclus de la garantie en Belgique : toute hospitalisation qui n'est pas couverte par l'assurance Accident Vie Privée conclue par le preneur d'assurance et gérée par ACM Belgium SA et les conséquences d'une telle hospitalisation.

11. Assistance organisée par vous-même

L'organisation d'une prestation prévue dans le cadre du présent contrat, ainsi que l'engagement de frais qui y ont trait, par une personne assurée ou son entourage, ne peuvent être indemnisés que si L'assisteur en a été averti et au préalable et expressément marqué son accord par la communication d'un numéro de dossier.

Dans tous les cas, les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par vous-même ne sont indemnisés qu'après présentation des notes de frais originales et de l'ensemble des éléments qui viennent prouver les faits donnant droit à la garantie.

Les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par vous-même ne sont remboursés qu'à concurrence des montants mentionnés dans les présentes Conditions Générales et dans les limites des frais que L'assisteur aurait pris à sa charge s'il avait organisé lui-même l'assistance.'

12. Comment s'effectue le rapatriement de personnes ?

Sauf mention contraire, celui-ci se fait par avion en classe économique, ou par train en première classe si la distance est inférieure à 1 000 km, avec le transport nécessaire des ou vers les aéroports ou gares concernés. L'assisteur vérifie toujours si les moyens de transport initialement prévus peuvent encore être utilisés lors du rapatriement.

13. L'assistance non garantie

Si votre sinistre n'est pas garanti par ce contrat, L'assisteur peut vous aider par souci humanitaire et sous certaines conditions. Dans ce cas, tous les frais doivent être payés intégralement à L'assisteur avant l'organisation de l'assistance.

14. Détection de sanction

L'assureur n'offrira aucune couverture et ne paiera aucune réclamation ni n'apportera aucune autre aide si et pour autant que le paiement d'une telle réclamation ou une aide apportée d'une autre manière puisse exposer une partie à quelque sanction, interdiction et/ou limitation que ce soit en vertu d'une résolution des Nations Unies et/ou de sanctions commerciales et économiques, de lois ou de prescriptions décrétées par l'Union européenne et/ou les Etats-Unis d'Amérique.

II. ASSISTANCE APRES UN ACCIDENT A L'ÉTRANGER – DANS LE MONDE ENTIER, MAIS PAS EN BELGIQUE ET PAS DANS LE PAYS DE VOTRE DOMICILE

Quels services délivre L'assisteur?

1. Vous payez des frais médicaux, suite votre accident, survenu à l'étranger

Si vous payez des frais médicaux suite à un accident, apparu ou survenu à l'étranger, l'Assisteur prend en charge les sommes prévues au présent article, après déduction des

indemnités auxquelles vous avez droit auprès de la Sécurité sociale, votre Mutualité ou tout autre assureur qui couvre ce risque.

Le total de ces paiements a été limité à un maximum de : 60 000 €/personne assurée.

2. Transport local urgent à l'étranger

- a. L'assistant intervient pour le transport local à l'étranger, vers le médecin le plus proche ou vers l'hôpital le plus proche afin de recevoir les premiers soins.
- b. L'assistant organise et intervient pour l'indemnisation du transport local, à l'étranger, des autres assurés afin de se rendre à votre chevet à l'hôpital et ceci jusqu'à maximum 75 EUR.
- c. En outre, L'assistant organise et intervient pour l'indemnisation du transport local, après votre sortie de l'hôpital, vers votre résidence à l'étranger et ceci jusqu'à maximum 75 EUR.

3. Frais de recherche et de secours à l'étranger

L'assistant rembourse les frais de fonctionnement d'un service de recherche à l'occasion de votre accident à concurrence de 5 000 EUR par personne assurée.

4. Votre état de santé en voyage, suite à votre accident, nécessite un transport ou un rapatriement

- a. L'organisation et l'indemnisation de votre transport depuis l'hôpital où vous êtes immobilisé vers votre domicile, vers l'hôpital le plus proche de votre domicile ou vers l'hôpital qui est mieux adapté pour poursuivre votre traitement.
Le transport ou le rapatriement se fait par avion sanitaire, par avion en classe économique, par véhicule d'ambulance, ou par tout autre moyen de transport approprié.
Le rapatriement sera fait sous surveillance médicale si votre état de santé le requière.
La décision du transport ou du rapatriement, et de sa manière, le choix du moyen de transport et le choix de l'hôpital appartiennent exclusivement au service médical de L'assistant, après concertation avec le médecin traitant sur place, en ne prenant en considération que votre état de santé.
- b. L'organisation et l'indemnisation du transport d'une personne afin de vous accompagner jusqu'à votre domicile ou jusqu'à l'hôpital.
- c. L'organisation et l'indemnisation du rapatriement des membres de la famille qui voyageaient avec vous. S'ils le préfèrent, L'assistant indemnise les frais supplémentaires nécessaires afin de pouvoir poursuivre leur voyage, jusqu'à concurrence des frais que L'assistant aurait pris en charge pour leur rapatriement.
- d. Si, pour des raisons médicales, vous ne pouvez pas vous occuper de vos enfants de moins de 18 ans vous accompagnant, et qu'aucun compagnon de voyage ne peut reprendre cette tâche :
 - l'organisation et l'indemnisation du transport aller et retour depuis son domicile d'une personne désignée par la famille ou d'une hôtesse, afin d'aider les enfants de moins de 18 ans durant leur rapatriement ;
 - l'indemnisation de maximum 1 nuit d'hôtel pour cette personne ;
 - l'organisation et l'indemnisation du rapatriement des enfants de moins de 18 ans.

5. Vous devez prolonger votre séjour en voyage sur prescription médicale, suite votre accident

- L'indemnisation de votre séjour jusqu'à 500 EUR pour vous et une personne.

- L'organisation et l'indemnisation de votre rapatriement et de celui des personnes assurées.

6. Vous devez, en voyage, être hospitalisé suite à votre accident

6.1. Vous avez moins de 18 ans, et êtes en voyage sans parents:

- l'organisation et l'indemnisation du transport aller et retour de vos parents depuis le pays de leur domicile afin de se rendre à votre chevet à l'hôpital ;
- l'indemnisation d'un hôtel jusqu'à 500 EUR pour vos parents.

6.2. Vous devez séjourner plus de 5 jours à l'hôpital et vous voyagez seul:

- l'organisation et l'indemnisation du transport aller et retour, depuis le pays de son domicile, d'une personne désignée par vous ou d'un membre de famille, afin de se rendre à votre chevet à l'hôpital;
- l'indemnisation d'un hôtel jusqu'à 500 EUR pour cette personne.

6.3. Pour des raisons médicales, vous ne pouvez pas vous occuper de vos enfants de moins de 18 ans vous accompagnant, et aucun compagnon de voyage ne peut reprendre cette tâche: la couverture de l'article II.4.d est d'application.

7. Décès à l'étranger d'une personne assurée suite à un accident

a. L'indemnisation du rapatriement de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation dans le pays du domicile, y compris également le cercueil de zinc, l'embaumement et les frais de douane.

b. L'indemnisation du traitement post-mortem et la mise en bière. L'indemnisation du cercueil jusqu'à 620 EUR/personne assurée. En aucun cas, les frais de cérémonie funéraire et d'inhumation ne sont pris en charge par L'assisteur.

c. Si à l'étranger, l'assuré est inhumé ou incinéré sur place, L'assisteur prend en charge:

- les frais de traitement funéraire est de mise en bière,
- les frais de cercueil à concurrence de 620 EUR,
- les frais de transport sur place de la dépouille mortelle,
- les frais d'inhumation ou d'incinération, à l'exclusion des frais de cérémonie,
- les frais de rapatriement de l'urne,
- les frais de transport d'une personne de la famille,
- en ce cas, l'ensemble des frais à charge de L'assisteur ne peut excéder ceux qu'elle aurait engagés pour rapatrier la dépouille mortelle au pays de votre domicile.

d. L'organisation et l'indemnisation du rapatriement des personnes assurées.

8. Vos médicaments, vos lunettes ou prothèses sont perdus, cassés, ou volés, à l'étranger

L'organisation de leur remplacement et l'indemnisation de leur envoi. Ceci à condition qu'ils soient indispensables, que des alternatives équivalentes ne soient pas disponibles sur place à l'étranger, et qu'ils aient été prescrits par un médecin. Les médicaments et prothèses doivent être reconnus par la sécurité sociale belge.

Néanmoins, vous devez obtenir l'accord préalable du service médical de L'assisteur et l'intervention peut être refusée si elle est en contradiction avec la législation locale. Le prix d'achat de ces objets doit être remboursé à L'assisteur dans les 30 jours suivant leur paiement.

9. Vous devez abandonner votre chien ou votre chat à l'étranger

Dans le cas d'un rapatriement ou d'un transport assuré par ce contrat et si aucun compagnon de voyage ne peut ramener ces animaux: l'organisation et l'indemnisation du transport de ces animaux qui vous accompagnent, jusqu'à 190 EUR. Les frais de quarantaine et/ou de vétérinaire nécessaires pour le transport restent à votre charge.

10. Vous désirez transmettre un message urgent

Si, en cas de votre accident, vous désirez transmettre depuis l'étranger un message urgent à votre famille ou à des personnes de votre entourage immédiat dans le pays de votre domicile, L'assisteur fait le nécessaire pour transmettre ce message aux personnes concernées.

III. ASSISTANCE EN BELGIQUE APRES UN SINISTRE ASSURÉ

L'assisteur offre l'assistance décrite ci-dessous en Belgique après un accident couvert par l'assurance Accident Vie Privée souscrite par le preneur d'assurance auprès de ACM Belgium SA et donnant lieu soit à une hospitalisation de minimum 24h, soit à un d'arrêt de travail de plus de 48h avec incapacité (justifié par une attestation médicale)..

La demande d'accès aux services doit se faire au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'événement déclencheur.

1. Services « Confort »

Pour l'ensemble des prestations décrites ci-dessous, la prise en charge par L'assisteur est limitée à 750 € par année d'assurance et par assuré.

1.1. Aide familiale

L'assisteur organise et prend en charge les frais d'une aide-ménagère si la personne assurée n'est pas en état de s'occuper de l'entretien de la maison.

L'assisteur prend en charge 5 prestations au maximum par événement/année d'assurance, avec un maximum de 4 heures par prestation.

1.2. Garde des enfants

Si la personne assurée n'est pas en état de s'occuper de ceux-ci et ne peut plus faire appel à quelqu'un d'autre pour garder les enfants jusqu'à 16 ans et/ou des seniors vivant sous le même toit, L'assisteur organise et prend en charge la garde des personnes.

L'assisteur prend en charge 5 prestations au maximum par événement/année d'assurance, avec un maximum de 9 heures par prestation, entre 7 et 20 heure.

1.3. Garde de chiens et chats

L'assisteur prend en charge la garde des chiens ou chats à condition qu'ils ont reçu les vaccinations obligatoires.

1.4. Transport de la personne assurée et ses enfants

L'assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour des enfants de moins de 16 ans à l'école si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de s'en occuper elle-même.

L'assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour de la personne assurée à l'hôpital ou à un centre médical pour les visites de contrôle si la personne assurée n'est plus en état.

2. Assistance supplémentaire

2.1. Reprise des activités & support psychologique

L'assistant organise et prend en charge une première assistance psychologique et/ou de soutien à la reprises des activités (un premier entretien téléphonique afin d'analyser les besoins) qui serait nécessaire à l'occasion d'un traumatisme psychologique.

Cette assistance se fait par téléphone. Si nécessaire L'assistant orientera l'assuré vers une institution ou un organisme spécialisé.

Si nécessaire, L'assistant organisera et prendra en charge l'assistance psychologique de l'assuré, ainsi que de ses descendants en cas de décès de l'assuré suite à un accident.

L'assistance mentionnée ci-dessus est limitée à maximum 5 sessions par événement/année d'assurance, avec une infirmière spécialisée, un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.

Pour l'ensemble des prestations décrites ci-dessus, la prise en charge par L'assistant est limitée à 750 € par année d'assurance et par assuré.

2.2. Numéros de contacts pour les soins post-hospitalisation :

L'assistant prévoit la personne assurée des coordonnées des institutions suivantes :

- organismes et conseils de réintégration au travail ;
- institutions de soins paramédicaux ;
- pharmacie et médecin de garde ;
- institutions de soins à domicile ;
- loueurs de matériaux médicaux.



POUR DÉCLARER UN SINISTRE

CONSTATEL

Tél. 02 622 22 49