



< VIVIUM

Assurance Collective

Accidents Corporels

Conditions générales >

REF. INDIV/07/01 – VIV523/05-2024

Vivium est une marque de P&V Assurances SC

P&V Assurances SC, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles – www.groupepv.coop/ – info@pvgroup.be – RPM Bruxelles –
TVA BE 0402.236.531 – IBAN BE75 0689 4521 8951 – BIC GKCBEBB – Entreprise d'assurances agréée sous le code 0058.
Site internet www.vivium.be – Email : info@vivium.be

Sommaire

Chapitre 1 – L’assurances des accidents corporels	3
Article 1 – L’objet de l’assurance	pg 3
Article 2 – Les garanties	pg 3
Article 3 – Les montants assurés	pg 3
Article 4 – La limitation des prestations de la compagnie	pg 3
Article 5 – Les accidents assurés	pg 3
Article 6 – La garantie décès	pg 4
Article 7 – La garantie invalidité permanente	pg 4
Article 8 – La garantie incapacité temporaire	pg 4
Article 9 – La garantie frais de traitement	pg 5
Article 10 – La garantie indemnité journalière en cas d’hospitalisation	pg 6
Article 11 – L’étendue territoriale	pg 6
Article 12 – Les limitations de la garantie	pg 6
Article 13 – Les dommages causés par terrorisme	pg 7
Chapitre 2 – L’assurance des organisations des volontaires	8
Article 14 – L’assurance accidents corporels, maladie et contamination	pg 8
Article 15– La garantie dommages aux biens	pg 8
Chapitre 3 – Les dispositions administratives	9
Dispositions relatives à la prime	pg 9
Article 16 – Paiement de la prime.....	pg 9
Article 17 – Défaut de paiement de la prime.....	pg 9
Dispositions relatives aux sinistres	pg 10
Article 18 – Les obligations de l’assuré	pg 10
Article 19 – La procédure en cas d’un litige médical	pg 10
Article 20 – La subrogation	pg 10
Article 21 – Le recours.....	pg 11
Dispositions relatives au contrat	pg 11
Article 22 – La prise d’effet et la durée du contrat.....	pg 11
Article 23– La modification des conditions d’assurance	pg 11
Article 24 – La modification de la prime	pg 12
Article 25 – La modification du droit.....	pg 12
Article 26 – La résiliation du contrat.....	pg 12
Article 27 – L’obligation d’information	pg 13
Article 28 – Le délai de prescription	pg 13
Article 29 – La faillite du preneur d’assurance	pg 13
Article 30 – Le décès du preneur d’assurance	pg 14
Article 31 – Les engagements pris par l’intermédiaire	pg 14
Article 32 – Les destinataires des communications et notifications	pg 14
Article 33 – La juridiction compétente.....	pg 14
Article 34 – La hiérarchie des dispositions du contrat.....	pg 14
Lexique	pg 14
Dispositions légales	pg 17

VIVIUM Assurance collective accidents corporels

CHAPITRE I. L'ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS

Article 1 – L'objet de l'assurance accidents corporels

La *compagnie* garantit l'indemnité convenue lorsqu'un *assuré* est victime d'un *accident corporel* survenu pendant et par sa participation aux *activités assurées* ou sur le *chemin vers et depuis l'activité assurée*.

Article 2 – Les garanties

La *compagnie* garantit une indemnité en cas de décès (voir article 6), d'invalidité permanente (voir article 7), d'incapacité temporaire (voir article 8), pour les frais de traitement (voir article 9) et en cas d'hospitalisation (voir article 10).

Seules les garanties mentionnées dans les conditions particulières sont assurées.

Article 3 – Les montants assurés

Les montants assurés sont repris dans les conditions particulières et s'entendent par *accident corporel* et par *assuré*.

Article 4 – Limitation de la prestation de la *compagnie*

1. La situation pré-existante de la victime n'est pas assurée, c'est-à-dire que les lésions corporelles qui existaient déjà avant la survenance de l'*accident* couvert et supposaient une invalidité préexistante, seront déduites des prestations assurées au titre du présent contrat.

Les affections psychiques qui existaient déjà avant la survenance de l'*accident*, ne sont pas assurées.

2. Un même *accident corporel* ne peut donner lieu à une indemnisation à la fois pour le décès et pour l'invalidité permanente. Les deux indemnisations ne peuvent donc pas être cumulées.

Article 5 – Les accidents assurés

Le terme *accident* est défini dans le lexique.

Sont assimilés à un *accident* :

- une tentative de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens en danger,
- la noyade involontaire,
- l'empoisonnement involontaire (y compris l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives),
- l'asphyxie ou l'immersion involontaire,
- un effort physique intense dont les effets sont immédiats et soudains: hernies, dislocations, torsions, contractions ou déchirures de muscles ou de tendons,
- les gelures,
- l'exposition au soleil éclatant, à une grande chaleur ou aux rayons ultra-violet (notamment une insolation). Les coups de soleil ne sont pas assurés,
- l'hydrocution,
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes,
- le naufrage et des actes de piraterie,
- les attaques (qu'elles soient ou non le résultat de *terrorisme*) ou les agressions contre une personne assurée,
- la légitime défense,
- la manifestation soudaine d'un accident vasculaire cérébral ou d'un problème cardiaque (insuffisance cardiaque aiguë, arythmie cardiaque ou infarctus du myocarde) pendant une *activité assurée*.

Article 6 – La garantie décès

Cette garantie est uniquement acquise s'il en est fait mention aux conditions particulières.

1. La *compagnie* paie aux *ayants droit* le montant assuré prévu dans les conditions particulières, pour autant que le décès de l'*assuré* soit la conséquence directe d'un *accident* assuré et survienne immédiatement ou dans un délai de trois ans après l'*accident*.

Si un même *accident* cause le décès d'un *assuré* et de son partenaire cohabitant (au sens de la définition d'*ayant droit*), le montant assuré dû aux enfants bénéficiaires à charge est doublé.

Le montant assuré est diminué de l'indemnisation éventuellement versée par la *compagnie* au titre de la garantie invalidité permanente, consécutive à ce même *accident*.

2. La *compagnie* paie également les frais funéraires ainsi que les frais nécessaires au rapatriement de la dépouille mortelle, à concurrence d'au maximum 2.500 EUR. Ces frais seront payés à la personne qui les a encourus. La *compagnie* est subrogée dans tous les droits et actions appartenant à cette personne contre les *tiers* responsables de l'*accident*, à concurrence des montants payés, conformément aux dispositions de l'article 20.

3. L'intervention de la *compagnie* est limitée au paiement de ces frais funéraires et ces frais nécessaires au rapatriement de la dépouille mortelle dans les cas suivants:

- en absence d'un *ayant droit*,
- le décès d'un *assuré* âgé de moins de 5 ans à la date de l'*accident*.

4. La *compagnie* a le droit de réclamer une autopsie en cas de décès de l'*assuré*.

Article 7 – La garantie invalidité permanente

Cette garantie est uniquement acquise s'il en est fait mention aux conditions particulières.

1. La *compagnie* paie à l'*assuré* lésé un pourcentage du montant prévu dans les conditions particulières, proportionnellement au degré d'invalidité fixé par le Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) en vigueur au moment de la *consolidation*, dès que les lésions sont consolidées mais au plus tard trois ans après le jour de l'*accident*. Ce pourcentage ne peut en aucun cas dépasser 100 %.

2. Le degré global d'invalidité permanente sera réduit du degré d'invalidité existant déjà au moment de l'*accident*.

Les lésions survenues aux membres ou organes déjà infirmes sont indemnisées par différence entre l'état postérieur et l'état antérieur de l'*accident*.

L'évaluation des lésions des membres ou organes sains, lésés par l'*accident*, ne peut être augmentée à l'égard de la *compagnie* par l'infirmité d'autres membres ou organes que l'*accident* n'a pas concerné.

Article 8 – La garantie incapacité temporaire

Cette garantie est uniquement acquise s'il en est fait mention aux conditions particulières.

1. La *compagnie* paie toute ou partie de l'indemnité journalière prévue dans les conditions particulières à l'*assuré* qui souffre d'une incapacité temporaire de travail à la suite d'un *accident* couvert.

L'indemnité journalière est payée intégralement si l'*assuré* est inapte à toute activité. Elle est réduite proportionnellement lorsque l'*assuré* est en mesure de reprendre une partie de ses activités.

L'indemnité journalière est en outre limitée à la perte de revenus effective de l'*assuré*. En conséquence, aucune indemnité n'est due aux *assurés* qui ne disposent d'aucun revenu au moment de l'*accident*.

2. L'*assuré* peut demander l'indemnité journalière à partir du 3^{ième} jour à compter du jour de l'*accident*, dimanches et jours fériés inclus, jusqu'à la *consolidation* des lésions, avec un maximum d'un an après le jour de l'*accident*.

Article 9 – La garantie frais de traitement

Cette garantie est uniquement acquise s'il en est fait mention aux conditions particulières.

1. La *compagnie* rembourse à l'assuré lésé, jusqu'à concurrence du montant prévu dans les conditions particulières, les frais suivants qui sont la conséquence d'un *accident corporel* couvert :

a. les *frais nécessaires pour traitement médical*. Ils comprennent notamment les frais de(s):

- soins hospitaliers,
- rééducation,
- chiropraxie et ostéopathie,
- les frais pharmaceutiques,
- la première *prothèse, orthèse* ou appareil orthopédique,
- réparation ou de remplacement de *prothèses, orthèses* ou d'appareils orthopédiques existants, portés par la victime au moment de l' *accident corporel* couvert et ayant été endommagés à la suite de l'*accident*,
- l'assistance psychologique nécessaire,

b. les frais accessoires ci-dessous qui sont médicalement justifiés et qui résultent d'un *accident corporel* couvert :

- les prothèses dentaires,
- les appareils auditifs, les appareils orthodontiques, les lentilles de contact et les lunettes (les montures et verres), dans la mesure où ils sont portés au moment de l'*accident*. Sur le *chemin vers et depuis l'activité assurée* ces frais sont assurés dans la mesure où ils sont liés à des *dommages corporels*. Les lunettes de soleil, les lunettes de loisir et les verres non correcteurs ne sont pas assurés,
- le dommage vestimentaire qui, pour soigner la victime, a nécessairement été causé. Le dommage vestimentaire est indemnisé en valeur réel,
- les frais de transport du lieu de l'*accident* à l'hôpital ou au domicile de l'*assuré* victime, ou d'un hôpital à l'autre,
- les frais de transport médical adapté en Belgique, nécessaire dans le cadre du traitement médical,
- les frais au rapatriement de la victime assurée et de la personne accompagnant une victime mineure assurée,
- les frais de séjour d'un parent ou d'un proche d'un *assuré* mineur, auprès de ce dernier, lors d'un séjour hospitalier en Belgique (rooming-in),
- les frais engagés de manière réfléchie pour sauver la vie d'un *assuré*,
- les frais des cours de soutien et de la garde à domicile d'un *assuré* mineur, pendant les 15 premiers jours de l'inactivité scolaire qui est la conséquence d'un *accident corporel* couvert, à compter du lendemain de l'*accident*.

2. L'intervention de la *compagnie* est limitée au remboursement des frais prévus au barème *INAMI* et à concurrence d'une fois le montant de ce barème en vigueur au moment de l'*accident*.

La *compagnie* paie également, à concurrence de 250 EUR par *assuré* et par *accident*, les *frais nécessaires pour traitement médical* (moyennant accord préalable de la *compagnie*) :

- qui dépassent le barème de l'*INAMI* (sauf en cas d'admission à l'hôpital ou à un centre de révalidation) et / ou
- qui ne sont pas inclus dans la nomenclature de l'*INAMI* ou pour lesquels il n'existe pas de barème *INAMI*.

Ce montant est compris dans le montant assuré global pour les frais de traitement.

3. Les montants mentionnés dans les conditions particulières pour certains frais assurés sont compris dans le montant assuré global pour les frais de traitement.

4. Les coûts sont pris en charge jusqu'à la guérison des lésions ou jusqu'au moment de la *consolidation*, mais pour une période maximale de 3 ans après le jour de l'*accident*.

5. L'intervention de la *compagnie* est supplétive : si les *assurés* bénéficient d'une autre intervention dans les frais mentionnés ci-avant, notamment de l'assurance maladie et invalidité ou d'une autre institution, la *compagnie* n'intervient que pour la partie qui reste à leur charge après déduction de ces autres interventions.

6. La *compagnie* intervient également lorsque les *assurés* ne bénéficient pas ou n'ont pas droit au remboursement de l'assurance maladie et invalidité. Dans ce cas également l'intervention est limitée à une fois le barème *INAMI* en vigueur au moment de l'*accident*.

7. La *compagnie* est subrogée dans tous les droits et actions appartenant aux *assurés* contre les *tiers* responsables de l'*accident*, à concurrence des montants payés, conformément aux dispositions de l'article 20.

Article 10 – La garantie indemnité journalière en cas d'hospitalisation

Cette garantie est uniquement acquise s'il en est fait mention aux conditions particulières.

Si un *accident* couvert donne lieu à une admission à l'hôpital ou à un centre de revalidation de plus de 24 heures, la *compagnie* verse à l'*assuré* lésé:

- une indemnité journalière de 25 EUR,
- à partir du jour après l'*accident*, pour la durée du séjour à l'hôpital ou au centre de revalidation, et pendant une période maximale de 30 jours.

Article 11 – L'Etendue territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que le *preneur d'assurance* ait sa résidence principale en Belgique, ou, s'il est une personne morale, que son établissement se trouve en Belgique.

Article 12 – Les limitations de la garantie

A. La *compagnie* ne garantit pas:

1. les *maladies*. Cette exclusion ne s'applique pas à une *maladie* :

- qui est la conséquence directe et immédiate d'un *accident* couvert (telles que la rage, le charbon ou le tétanos),
- qui est assurée dans le cadre du chapitre 2 « organisations de volontaires (*décret relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique* « *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* »).

Une *maladie* pour lesquels l'*assuré* ou ses ayants droit reçoivent une indemnisation dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles n'est jamais assurée.

2. les *accidents* pour lesquels l'*assuré* ou ses ayants droit reçoivent une indemnisation au titre de la loi sur les accidents du travail,

B. La *compagnie* ne garantit pas les *accidents* causés par:

1. un acte intentionnel ou délibéré (ou avec la complicité) d'un *assuré* ou d'un *ayant droit*, y compris la participation à ou la préparation à des crimes, délits, actes de violence sur des personnes, la détérioration ou détournement malveillant de biens.

Le sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens n'est pas considéré comme un acte intentionnel.

2. un état d'ivresse ou un état analogue résultant de l'utilisation de boissons alcoolisées ou d'autres stupéfiants ou substances psychotropes,

3. la guerre, guerre civile, *émeute* ou tous actes de violence d'inspiration collective accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité, ainsi que des événements similaires. La garantie reste toutefois acquise pendant 14 jours à partir du début des hostilités, lorsque l'*assuré* est surpris à l'étranger par la survenance de tels événements.

4. des troubles militaires ou civils, ou des tensions politiques, et les mesures qui sont prises pour les contrer, sauf si l'*assuré* peut démontrer qu'il n'y a pas participé activement.

5. des actes téméraires et manifestation dangereux: bagarres, paris et défis, sauf si l'*assuré* peut démontrer qu'il n'y a pas participé activement et qu'il n'a pas été l'instigateur ou le contestataire.

6. la radioactivité, notamment :

- des armes ou des engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome - des produits ou déchets radioactifs,
- tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants.
- toute autre source de rayonnements ionisants.

Toutefois, la couverture reste acquise si:

- l'*accident* a été causé par un *traitement médical* administré à l'*assuré*,
- l'irradiation est la conséquence nécessaire d'un *accident* couvert.

7. une inondation, un tremblement de terre ou tout autre cataclysme de la nature,

8. le pilotage d'un aéronef (sauf aéromodélisme et drones) ou la conduite d'une activité liée à la navigation aérienne ou à l'utilisation d'un aéronef.

9. la pratique des sports énumérés ci-dessous:

- tous sports aéronautiques (notamment ULM, montgolfière, planeur, delta-plane, parapente, parachute, ...),
- compétitions de véhicules automoteurs (y compris quads) et de bateaux automoteurs, préparatifs compris. Reste toutefois assurée la pratique occasionnelle et récréative du karting, organisée par le *preneur d'assurance* dans le cadre de ses activités socioculturelles,
- courses cyclistes, préparatifs compris,
- courses de chevaux, préparatifs compris,
- alpinisme, escalade (sauf en salle), spéléologie, bobsleigh (aussi skeleton), saut à ski,
- arts martiaux et sports de combat visant un contact physique avec l'adversaire (sports « full contact ») : boxe, kick-boxing, taekwondo, boxe thaïlandaise, ...
- saut à l'élastique, ropeswing, death-ride, canyoning et rafting,
- le tir avec des armes à feu,
- la plongée en eau libre,

10. le suicide (ou la tentative de suicide) et la mutilation volontaire de l'assuré.

Article 13 – Les dommages causés par terrorisme

La *compagnie* couvre, dans certains cas, les dommages causés par le *terrorisme*.

Adhésion à l'asbl TRIP

La *compagnie* est membre à cette fin de l'ASBL TRIP. Conformément à la loi du 3 mai 2024 relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de *terrorisme* et à l'assurance contre les dommages causés par le *terrorisme*, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des assureurs membres de l'ASBL TRIP est, en cas d'acte de *terrorisme* reconnu par arrêté royal, limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme actes de *terrorisme*, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. 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.

Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 3 mai 2024, l'acte de *terrorisme* est reconnu comme tel par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres après avis de l'OCAM et du parquet fédéral. Le comité de règlement des sinistres détermine, endéans les quatorze jours qui suivent la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal qui reconnaît l'acte comme *terrorisme*, si les plafonds relatifs provisoires et absolus dont question à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 pourraient être atteints dans le cadre de l'indemnisation des dommages. Il fixe dans le même délai, conformément à l'article 15 de la ladite loi, le pourcentage de l'indemnisation que les assureurs 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 suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée ne peut prétendre, envers la *compagnie*, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La *compagnie* paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la *compagnie* a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

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

Lorsque le Comité constate que les montants cités à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 ne suffisent 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 corporels* sont indemnisés en priorité.

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

Armes nucléaires

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

CHAPITRE 2 L'ASSURANCE DES ORGANISATIONS DE VOLONTAIRES (décret relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique « Welzijn, Volksgezondheid en Gezin »).

Les dispositions du présent chapitre ne sont d'application que s'il en est fait mention aux conditions particulières.

Le présent chapitre s'applique aux organisations de volontaires soumises au décret relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique « Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ».

Les autres dispositions du présent contrat restent d'application pour ce chapitre, sauf s'il en est fait mention contraire dans les conditions particulières ou générales (notamment dans les articles 14 et 15).

Article 14 – L'assurance dommages corporels, maladie et contamination

1. La notion *dommage corporel* dans le présent contrat, est remplacé par *dommage corporel, maladie et contamination*.
2. Le montant assuré s'élève à:
 - pour la garantie décès (voir article 6): 12.000 EUR,
 - pour la garantie invalidité permanente (voir article 7): 18.000 EUR,
 - pour la garantie incapacité temporaire (voir article 8): 9 EUR,
 - pour la garantie frais de traitement (voir article 9): 3.000 EUR
3. Toutefois, si le montant assuré mentionné dans les conditions particulières est supérieur aux montants susmentionnés, c'est le montant susmentionné qui s'applique en cas d'*accident corporel*. En cas de *maladie* ou *contamination* l'indemnisation ne peut jamais dépasser les montants mentionnés au point 2.
4. la garantie incapacité temporaire résultant d'une *maladie* ou d'une *contamination* n'est acquise que dans la mesure où l'assuré a subi une perte effective de rémunération, à concurrence de cette perte, avec un maximum de 9 EUR par jour.
5. La garantie frais de traitement résultant d'une *maladie* ou *contamination* est limitée aux *frais nécessaires de traitement médical*.

Article 15 – La garantie dommages aux biens

La *compagnie* paie à l'*assuré lésé* les dommages à ses biens qu'il utilise, lors de l'exécution de son *volontariat* dans le cadre des *activités assurées*, à concurrence de 3.000 EUR par *sinistre*.

Ces dommages ne sont couverts que s'ils s'accompagnent de *dommages corporels*. Ne sont pas assurés, les dommages aux véhicules, quelle que soit leur nature.

La *compagnie* est subrogée dans tous les droits et actions appartenant aux *assurés* contre les *tiers* responsables de l'*accident*, à concurrence des montants payés, conformément aux dispositions de l'article 61.

Par *sinistre* une *franchise* de 300 EUR est d'application.

CHAPITRE 3 LES DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Dispositions relatives à la prime

Article 16 – Paiement de la prime

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable au plus tard à la date d'échéance de la prime, sur demande de la *compagnie*.

Si la prime n'est pas directement payée à la *compagnie*, est libératoire le paiement de la prime fait au tiers qui le requiert et qui apparaît comme mandataire de la *compagnie* pour le recevoir.

Article 17 – Défaut de paiement de la prime

1. Mise en demeure

En cas de défaut de paiement de la prime à la date de 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 envoi recommandé.

2. Suspension de la garantie

La suspension de la garantie prend 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 lendemain du dépôt de l'envoi recommandé.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le *preneur d'assurance* des primes échues, comme spécifié dans la dernière mise en demeure ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

La suspension de la garantie ne porte pas préjudice au droit de la *compagnie* de réclamer les primes qui viennent ultérieurement à échéance à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure et que la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie. Ce droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

3. Résiliation du contrat

La *compagnie* peut résilier le contrat pour défaut de paiement de la prime, même sans suspension préalable de la garantie, pour autant que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure. La résiliation prend effet à l'expiration du délai mentionné dans la mise en demeure mais 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.

La *compagnie* peut suspendre son obligation de garantie et résilier le contrat si elle en a disposé ainsi dans la même mise en demeure. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration du délai que la *compagnie* a déterminé mais au plus tôt 15 jours à compter du premier jour de la suspension de la garantie.

Lorsque la *compagnie* a suspendu son obligation de garantie et que le contrat n'a pas été résilié dans la même mise en demeure, la résiliation ne peut intervenir que moyennant une nouvelle mise en demeure. Dans ce cas la résiliation prend effet à l'expiration du délai mentionné dans la mise en demeure mais 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.

4. Frais de recouvrement

En cas de non-paiement de la prime, la *compagnie* est en droit de réclamer l'indemnité suivante afin de couvrir de manière forfaitaire d'une part, les intérêts de retard de la dette et d'autre part, tous les coûts du recouvrement amiable de la dette impayée :

- 20 euros si le montant restant dû est inférieur ou égal à 150 euros ;
- 30 euros si le montant restant dû est compris entre 150,01 et 500 euros ;
- 65 euros si le montant restant dû est supérieur à 500 euros.

Ces montants sont susceptibles d'être indexés en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation pour autant qu'un arrêté royal soit pris en ce sens.

Dispositions relatives aux sinistres

Article 18 – Les obligations de l'assuré

1. Limiter les conséquences du sinistre

L'assuré s'engage à prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et réduire les conséquences du sinistre.

Si l'assuré est victime d'un *accident corporel*, il s'engage à consulter un médecin dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 48 heures suivant l'*accident*, afin de recevoir les premiers soins médicaux et d'obtenir un certificat médical de constatation des lésions.

2. Déclarer le sinistre

L'assuré s'engage à déclarer le sinistre à la *compagnie* aussi rapidement que cela pourrait raisonnablement se faire.

3. Informer la compagnie

L'assuré s'engage à fournir tous les renseignements utiles et à répondre aux demandes qui lui sont faites pour déterminer les circonstances et l'étendue du sinistre. La déclaration doit notamment indiquer le lieu, la date, l'heure, la cause, les circonstances et les conséquences probables du sinistre ainsi que toute autre assurance qui couvre le même risque. La déclaration doit aussi mentionner l'identité de l'auteur du sinistre, du préjudicié et d'éventuels témoins.

Toutes les citations et tous les actes judiciaires et extrajudiciaires doivent être remis par l'assuré à la *compagnie* (ou à Arces, le cas échéant) immédiatement après qu'ils ont été délivrés ou signifiés à l'assuré.

4. Collaborer à la gestion

L'assuré doit notamment

- suivre les directives de la *compagnie*,
- se conformer à toute convocation du médecin-conseil de la *compagnie*.

5. Que se passe-t-il si l'assuré ne remplit les obligations mentionnées ci-dessus ?

Si l'assuré ne remplit pas l'une des obligations mentionnées aux alinéas précédents et qu'il en résulte pour la *compagnie* un préjudice, la *compagnie* se réserve le droit de réduire ses prestations à concurrence de ce préjudice. La *compagnie* se réserve également le droit de décliner la totalité de la garantie si l'assuré a agi de la sorte dans une intention frauduleuse.

Article 19 – Procédure en cas de contestations médicales

Si un assuré conteste les décisions médicales du médecin préposé de la *compagnie* :

1. l'assuré peut former opposition à l'aide d'un certificat médical motivé.
2. une expertise médicale à l'amiable peut être organisée entre l'assuré et la *compagnie*, chacune des parties désignant un médecin de son choix. Chaque partie assumera les honoraires et les frais de son médecin.
3. si les deux médecins désignés ne peuvent s'entendre, l'avis d'un troisième médecin sera sollicité. Chaque partie supportera la moitié des honoraires et des frais de ce troisième médecin.
4. l'expertise médicale à l'amiable a la même valeur qu'une expertise judiciaire.

Article 20 – Subrogation

1. Conformément à l'article 95 de la *Loi*, lorsque la *compagnie* a octroyé la garantie, elle est subrogée, à concurrence du montant des paiements effectués, dans les droits et actions de l'assuré contre le(s) tiers responsable(s).

Ce droit s'étend notamment à la récupération de l'indemnité de procédure, des frais de justice et, dans la mesure de leur répétibilité, des frais et honoraires des experts ou avocats que la *compagnie* a payé.

La compagnie limite son droit de subrogation:

- dans l'assurance *accidents corporels* (chapitre I), à la garantie "frais de traitement",

- dans l'assurance organisations de volontaires soumises au *décret relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique* « Welzijn, Volksgezondheid en Gezin » (chapitre 2), aux garanties « frais de traitement » et « dommages aux biens ».

2. Si par le fait de l'assuré la subrogation ne peut plus produire ses effets, ou incomplètement, en faveur de la *compagnie*, celle-ci peut réclamer de l'assuré l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

Article 21 – Recours

La *compagnie* abandonne - sauf cas de malveillance - tout recours contre les ascendants et descendants des *assurés*, leur conjoint et leurs alliés en ligne directe ainsi que contre les personnes vivant à leur foyer, leurs hôtes et les membres de leur personnel domestique.

L'abandon de recours n'a d'effet que :

- dans la mesure où le responsable n'est pas couvert par une assurance de responsabilité,
- pour autant que le responsable ne puisse lui-même exercer un recours contre tout autre responsable.

Lorsque la *compagnie* est tenue envers les *tiers* lésés, elle a, indépendamment de toute autre action qui peut lui appartenir, un droit de recours contre les *assurés* à concurrence de la part de responsabilité leur incombant personnellement, dans la mesure où elle aurait pu refuser ou réduire ses prestations d'après la *Loi* ou le contrat (conformément à l'article 152 de la *Loi*).

Dispositions relatives au contrat

Article 22 – La prise d'effet et la durée du contrat

Les garanties prennent effet après paiement de la première prime et au plus tôt à zéro heure à la date mentionnée dans les conditions particulières. Le contrat est conclu pour une durée de 1 an. Il est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an, sauf si une des parties le résilie au moins 3 mois avant la fin de la période en cours.

Article 23 – Modifications des conditions d'assurance

1. Modification des conditions d'assurance entièrement en faveur du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré*

La *compagnie* peut modifier les conditions d'assurance entièrement au profit du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré*. Si la prime augmente, le *preneur d'assurance* peut résilier la police conformément aux articles 24 et 26. Si la prime n'augmente pas, le *preneur d'assurance* ne peut pas résilier la police.

2. Modification conformément à une décision législative ou réglementaire d'une autorité

Si la *compagnie* modifie les conditions d'assurance conformément à une décision législative ou réglementaire d'une autorité, le *preneur d'assurance* peut résilier la police dans les cas suivants :

- lorsque cette modification entraîne une augmentation de la prime. La résiliation doit être faite conformément aux articles 24 et 26;
- lorsque les modifications ne sont pas uniformes pour tous les assureurs. La résiliation doit être faite conformément aux modalités fixées dans le présent article ainsi qu'à l'article 26;
- lorsque cette décision législative prévoit elle-même un droit de résiliation. La résiliation doit être faite conformément aux modalités fixées dans la décision législative et, à défaut, conformément aux modalités fixées dans le présent article ainsi qu'à l'article 26.

Dans les autres cas, le *preneur d'assurance* ne peut pas résilier la police.

3. Autres modifications

Si la *compagnie* apporte d'autres modifications que celles visées ci-dessus, elle en informe le *preneur d'assurance*. Le *preneur d'assurance* peut résilier la police conformément aux modalités fixées dans le présent article et à l'article 26.

4. Modalités de communication et droit de résiliation éventuel

La *compagnie* avertit le *preneur d'assurance* et elle applique les modifications à la première échéance annuelle suivante. Le paiement sans réserve de la prime vaut acceptation des nouvelles conditions.

Lorsque le *preneur d'assurance* a un droit de résiliation :

- et que la *compagnie* l'a averti au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il peut résilier la police dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. Le contrat prend alors fin à cette échéance annuelle;

- et que la *compagnie* ne l'a pas averti au moins quatre mois avant l'échéance annuelle mais seulement lors d'une notification ultérieure, il peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de cette notification. Le contrat prend alors fin à l'expiration d'un délai d'un mois mais au plus tôt au moment de l'échéance annuelle.

Article 24 – Modifications de la prime

1. Lorsque la *compagnie* modifie son tarif, elle avertit le *preneur d'assurance* et elle applique cette modification à la prime à la première échéance annuelle suivante. Le paiement sans réserve de la prime vaut acceptation de la modification.

2. Le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat conformément aux modalités suivantes et à celles fixées à l'article 26:

- lorsque la *compagnie* avertit le *preneur d'assurance* au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, celui-ci peut résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de la modification et le contrat prend alors fin à cette échéance annuelle;
- si la *compagnie* n'avertit pas le *preneur d'assurance* au moins quatre mois avant l'échéance annuelle mais seulement lors d'une notification ultérieure, celui-ci peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de cette notification. Le contrat prend alors fin à l'expiration d'un délai d'un mois mais au plus tôt au moment de l'échéance annuelle.

Cette faculté de résiliation n'existe pas lorsque :

- le montant de la prime est modifié conformément à une disposition claire et précise du contrat d'assurance ;
- la modification du tarif résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

Artikel 25 – Modification du droit

La *compagnie* se réserve le droit de modifier les conditions d'assurance en cas de modification du droit belge ou étranger susceptible d'avoir une influence sur l'étendue de la couverture. Dans ce cas les dispositions de l'article 26 sont d'application.

Article 26 – Résiliation du contrat

1. Forme de la résiliation

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

La résiliation pour défaut de paiement de la prime ne peut pas se faire par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

2. Prise d'effet de la résiliation

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. Crédit de prime

La *compagnie* rembourse la portion de prime afférente à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation dans un délai de 30 jours à compter de cette prise d'effet.

4. Facultés de résiliation pour le *preneur d'assurance*

Indépendamment d'autres cas prévus par la *Loi*, le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- à la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 22,
- avant l'effet du contrat, lorsque, 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 3 mois avant la prise d'effet du contrat. La résiliation prend effet à la date de prise d'effet du contrat,
- en cas de diminution ou résiliation d'une (ou plusieurs) garantie(s) par la *compagnie*,
- en cas de diminution sensible et durable du risque, conformément à la *Loi*,
- en cas de modification des conditions d'assurance et / ou de la prime, conformément aux articles 23 et 24,
- après chaque *sinistre* :

Si la *compagnie* a accordé la garantie en faveur d'un assuré, le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat dans le mois qui suit le dernier paiement par la *compagnie* ou la clôture administrative du dossier.

Si la *compagnie* a refusé la garantie à l'égard d'un assuré, le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat dans le mois qui suit le refus par la *compagnie* d'octroyer sa garantie.

La résiliation après *sinistre* prend effet à l'expiration d'un délai de trois 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.

5. Facultés de résiliation pour la *compagnie*

Indépendamment d'autres cas prévus par la *loi*, la *compagnie* peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- à la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 22,
- avant l'effet du contrat, lorsque, 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 3 mois avant la prise d'effet du contrat. La résiliation prend effet à la date de prise d'effet du contrat,
- en cas d'aggravation sensible et durable du risque, conformément à la *Loi*,
- en cas d'omission volontaire ou de communication erronée volontaire des données relatives au risque,
- en cas d'omission involontaire ou de communication erronée non volontaire des données relatives au risque, lorsque le *preneur d'assurance* n'accepte pas la modification du contrat proposée par la *compagnie*,
- en cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 17,
- en cas de faillite du *preneur d'assurance*, conformément à l'article 29,
- en cas de décès du *preneur d'assurance*, conformément à l'article 30,
- en cas de modification du droit belge ou étranger susceptible d'avoir une influence sur l'étendue de la couverture, conformément à l'article 25,
- après chaque *sinistre* :
 - Si la *compagnie* a accordé la garantie en faveur d'un *assuré*, elle peut résilier le contrat dans le mois qui suit le dernier paiement par la *compagnie* ou la clôture administrative du dossier.
 - si la *compagnie* a refusé la garantie à l'égard d'un *assuré*, elle peut résilier le contrat dans le mois qui suit le refus par la *compagnie* d'octroyer sa garantie.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trois 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.

La *compagnie* peut, en tout temps, résilier le contrat après *sinistre*, 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 la tromper, dès qu'elle a déposé plainte contre une de ces personnes devant un juge d'instruction avec constitution de partie civile ou qu'elle l'a cité devant la juridiction du jugement, sur la base des articles 193, 196, 197, 496 ou 510 à 520 du Code pénal. La résiliation prend effet 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. La *compagnie* est tenue de réparer le dommage résultant de cette résiliation si elle s'est désistée de son action ou si l'action publique a abouti à un non-lieu ou à un acquittement.

Article 27 – Obligation d'information du *preneur d'assurance*

Le *preneur d'assurance* a l'obligation, aussi bien lors de la conclusion du contrat que pendant la durée de celui-ci, de déclarer le risque de façon correcte et complète à la *compagnie*.
Il doit, au cours du contrat, déclarer les éléments qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque. Le non-respect de ces obligations peut conduire à une réduction de l'intervention de la *compagnie* conformément aux dispositions de la *Loi*.

Article 28 – Délai de prescription

Conformément à l'article 88 de la *Loi*, le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de trois ans. Ce délai court à partir du jour qui donne ouverture à l'action. Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

Article 29 – 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 la faillite tandis que le curateur de la faillite ne peut

résilier le contrat que dans les trois mois qui suivent la déclaration de la faillite.

Article 30 – Décès du *preneur d'assurance*

En cas de décès du *preneur d'assurance*, le contrat subsiste au profit de ses héritiers. Ils peuvent résilier le contrat dans les 3 mois et 40 jours du décès. La *compagnie* peut résilier le contrat dans les 3 mois du jour où elle a eu connaissance du décès.

Article 31 – Engagements pris par l'intermédiaire

Les engagements pris par l'intermédiaire ne sont pas opposables à la *compagnie* s'ils ne figurent pas dans ce contrat. Aucune ajout, modification au texte ou dérogation aux conditions ne sera valable si elle n'a pas été validée par la *compagnie*.

Article 32 – Destinataires des communications et notifications

Les communications et les notifications destinées à la *compagnie* doivent être faites à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique, à son adresse électronique ou à toute autre personne désignée à ces fins dans les conditions particulières.

Toutes communications et notifications destinées au *preneur d'assurance*, héritiers ou ayants droit sont valablement faites à la dernière adresse connue par la *compagnie*. Moyennant le consentement du *preneur d'assurance*, ces communications et notifications peuvent également se faire par poste électronique à la dernière adresse fournie par lui.

Article 33 – Jurisdiction compétente

Ce contrat est régi par la législation belge. Seules les instances judiciaires belges sont compétentes pour les litiges relatifs à ce contrat.

Article 34 – Hiérarchie des dispositions du contrat

Les dispositions des conditions particulières complètent les dispositions des conditions générales et les remplacent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

LEXIQUE

Les notions expliquées dans ce lexique sont imprimées en italique dans les présentes conditions générales. Lorsqu'elles sont utilisées dans les conditions particulières, elles doivent être lues dans le même sens, sauf mention contraire.

Pour l'application de ce contrat, on entend par :

Accident

Un événement soudain, involontaire et imprévu ayant une cause externe et sans lien quelconque avec une *maladie*.

Accident corporel

Un *accident* qui entraîne des lésions objectivement vérifiables chez l'*assuré*, voire la mort de ce dernier.

Activité assurée

- l'activité mentionnée en conditions particulières,
- les activités connexes nécessaires pour et en relation avec l'exécution de l'activité mentionnée en conditions particulières, notamment :
 - ✓ les travaux de nettoyage, d'entretien, de réparation, d'aménagement, de montage ou démontage des installations ou du matériel,
 - ✓ les réunions, les entraînements et les répétitions,
 - ✓ l'usage de biens meubles et immeubles (terrains bâtis ou non bâtis) et des animaux,
 - ✓ les déplacements collectifs organisés par le *preneur d'assurance*, y compris le séjour,
 - ✓ la participation à et l'organisation d'événements culturels ou sociales, tels que des foires, et des expositions,
 - ✓ l'exploitation d'un cafétaria, la préparation et la distribution d'aliments ou de boissons,
 - ✓ l'organisation de manifestations temporaires de nature récréative et / ou dans le but de collecter des fonds pour soutenir l'activité assurée, comme un dîner, un bal ou l'organisation d'une tombola,
- les déplacements sur le *chemin vers et depuis les activités assurées*.

Si le *preneur d'assurance* conclut un contrat d'assurance de durée limitée, sans tacite reconduction, parce que les *activités assurées* sont des activités temporaires, la garantie est acquise au maximum 8 jours avant et 8 jours après les *activités assurées*, mais au plus tôt à partir du moment où la *compagnie* est en possession de la description de ces activités.

Les activités pour lesquelles l'*assuré* ne dispose pas des autorisations ou qualifications légales ou réglementaires ne sont pas des activités assurées.

Assuré

A. Pour l'assurance accidents corporels (chapitre 1): les personnes (ou groupes de personnes) mentionnées en conditions particulières.

B. Pour l'assurance organisations de volontaires - *décret relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique « Welzijn, Volksgezondheid en Gezin »* (chapitre 2)

1. les volontaires du *preneur d'assurance*,

2. les volontaires occasionnels du *preneur d'assurance* lorsqu'ils effectuent des services occasionnels non rémunérés, et dont les noms ont été communiqués à l'avance à la *compagnie*,

Ayants droits

- le conjoint ni divorcé ni séparé ; à défaut

- le cohabitant légal ; à défaut

- le partenaire qui ne cohabite pas légalement avec la victime et qui :

- ✓ cohabite et fait ménage commun avec la victime assurée depuis au moins un an, et
- ✓ est domicilié à la même adresse que la victime, et
- ✓ n'a aucun lien de parenté avec la victime ;

- à défaut les enfants et les parents de l'*assuré*,

à l'exclusion de toute partie subrogée.

Chemin vers et depuis l'activité assurée

Le trajet normal que les *assurés* doivent parcourir pour se rendre de leur résidence au lieu où se déroulent les *activités assurées*, et inversement. La notion de trajet normal sera appréciée par référence aux dispositions de la loi du 10 avril 1971 relative aux accidents survenus sur le chemin du travail et à la jurisprudence belge en la matière.

Compagnie

P&V Assurances SC, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 0058 pour pratiquer la branche « Accidents ».

Consolidation

La situation où le médecin juge que les lésions physiques résultant d'un *accident* couvert, n'évoluent plus et sont donc permanentes.

Contamination

L'invasion de l'organisme par des micro-organismes pathogènes ou par des produits exerçant en son sein une toxicité.

Décret relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique « Welzijn, Volksgezondheid en Gezin »

Le décret du 3 avril 2009 relatif au bénévolat organisé dans le domaine politique « Welzijn, Volksgezondheid en Gezin » et l'arrêté du gouvernement flamand du 26 Février 2010 portant dispositions générales applicables aux organisations agréées à bénévolat à part entière et aux organisations à bénévolat auxiliaire.

Dommage corporel

Toutes les conséquences préjudiciables d'une atteinte à l'intégrité physique ou psychique.

Emeute

Manifestation violente, même non concertée, d'un groupe de personnes qui révèle une agitation des esprits et se caractérise par du désordre ou des actes illégaux ainsi que par une lutte contre les organismes chargés du maintien de l'ordre public, sans qu'il soit cherché pour autant à renverser les pouvoirs publics établis.

Frais nécessaires pour traitement médical

Frais de traitement nécessaires à la guérison et prescrits par un médecin légalement autorisé. Les frais des traitements purement esthétiques ne sont pas considérés comme des frais nécessaires.

Franchise

La partie du montant du dommage stipulée aux conditions particulières et/ou générales restant à charge de l'assuré lors de chaque *sinistre*.

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Loi

La Loi du 4 avril 2014 relative aux Assurances.

Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré présentant des symptômes physiques objectifs qui en rendent le diagnostic indiscutable et nécessitant un traitement médical.

Orthèse

Dispositif porté à l'extérieur qui vise à soutenir, stabiliser, corriger, immobiliser ou soulager la pression exercée sur une partie du corps.

Preneur d'assurance

La personne physique ou l'association qui souscrit le contrat.

Prothèse

L'appareil qui remplace une partie du corps devenue inopérante, à l'exclusion de tout autre matériel.

Sinistre

La survenance d'un *accident corporel* donnant lieu à la garantie du présent contrat.

Terrorisme

Une 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.

Traitement médical

Toute forme de soins, tant préventifs que curatifs, nécessaires au maintien ou au rétablissement de la santé, tels que les soins médicaux, les transfusions sanguines, la radiographie, la radiothérapie, la physiothérapie, les prestations pharmaceutiques, les soins hospitaliers, la réadaptation et la rééducation.

Volontaire

Toute personne physique qui exerce une activité de *volontariat*. Les *dirigeants* du *preneur d'assurance*, qui répondent à ces conditions, sont également des volontaires au sens du présent contrat.

Volontariat

Toute *activité assurée* :

- a) qui est exercée sans rétribution ni obligation;
- b) qui est exercée au profit d'une ou de plusieurs personnes autres que celle qui exerce l'activité, d'un groupe ou d'une organisation ou encore de la collectivité dans son ensemble;
- c) qui est organisée par une organisation autre que le cadre familial ou privé de celui qui exerce l'*activité assurée*;
- d) et qui n'est pas exercée par la même personne et pour la même organisation dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de services ou d'une désignation statutaire.

DISPOSITIONS LÉGALES

Règlement général sur la protection des données

La *compagnie* s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la *compagnie* ou sur le site <https://www.vivium.be/privacy>

Datassur

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la *compagnie* 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 est repris dans le fichier de Datassur SC, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

Le *preneur d'assurance* donne par la présente son consentement à la communication par la *compagnie* à Datassur SC, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit de s'adresser à Datassur afin de vérifier les données la concernant et d'en obtenir, le cas échéant, la rectification. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, service fichiers, Boulevard du Roi Albert II 19, 1210 Bruxelles.

Plaintes

Pour toute plainte relative à ce contrat, le *preneur d'assurance* peut s'adresser :

- en première instance : au service Gestion des Plaintes de VIVIUM, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, e-mail : plainte@vivium.be.
- en appel : à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be; e-mail : info@ombudsman-insurance.be

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.