

< VIVIUM Accidents vie privée Conditions générales >

REF. OFFRE 501/06-2019

Sommaire

Sommaire.....	2
1. Objet de l'assurance	3
Article 1 – Quel est l'objet de l'assurance ?	3
Article 2 – Quels sont les accidents couverts ?	3
Article 3 – Où l'assurance est-elle valable ?	4
Article 4 – Incapacité permanente.....	4
Article 5 – Incapacité temporaire	4
Article 6 – Frais de traitement	4
Article 7 – Assistance.....	6
Article 8 – Décès	8
Article 9 – Indemnité journalière en cas d'hospitalisation.....	8
Article 10 – Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	9
2. Dispositions administratives.....	10
Article 11 – Prise d'effet et durée du contrat	10
Article 12 – Paiement de la prime	10
Article 13 – Défaut de paiement de la prime	10
Article 14 – Modification des conditions d'assurance	10
Article 15 – Résiliation du contrat	11
Article 16 – Obligation d'information du preneur d'assurance.....	11
Article 17 – Déménagement à l'étranger	12
Article 18 – Indexation.....	12
Article 19 – Hiérarchie des dispositions du présent contrat	12
Article 20 – Engagements pris par l'intermédiaire	12
Article 21 – Correspondance	12
Article 22 – Juridiction compétente.....	12
3. Règlement de sinistres	13
Article 23 – Déclaration de l'accident	13
Article 24 – Obligation d'information de l'assuré en cas de sinistre	13
Article 25 – Qu'advient-il si l'assuré ne respecte pas ses obligations en cas d'accident ?.....	13
Article 26 – Procédure de règlement.....	13
Article 27 – Procédure en cas de contestations médicales	13
Article 28 – Subrogation en cas de responsabilité d'un tiers.....	14
Article 29 – Prescription	14
Article 30 – Dégâts par des actes de terrorisme	14
4. Lexique	16
5. Mentions légales.....	20
Article 31 – Règlement général sur la protection des données.....	20
Article 32 – Datassur	20
Article 33 – Réclamations.....	20

VIVIUM Accidents vie privée

I. Objet de l'assurance

Article 1 – Quel est l'objet de l'assurance ?

Cette assurance fournit une assistance en cas d'**accident** et paie les montants mentionnés dans les conditions particulières selon les garanties choisies, lorsque l'**assuré** est victime d'un **accident** dans le cadre de la **vie privée**. Les **accidents** survenant dans le cadre d'une activité professionnelle ou sur le chemin du travail sont exclus.

Par **accident** couvert et par **assuré**, l'assurance prévoit les prestations suivantes :

1. comme garanties de base :
 - une indemnisation en cas d'incapacité permanente de l'**assuré**
 - une indemnisation en cas d'incapacité temporaire de l'**assuré**
 - remboursement des frais de traitement de l'**assuré**
 - assistance après un **accident**

2. comme garanties optionnelles :
 - une indemnisation au **bénéficiaire** en cas de décès de l'**assuré**
 - une indemnité journalière en cas d'hospitalisation de l'**assuré**.

Les garanties sont uniquement acquises par les **assurés** s'il en est fait mention dans les conditions particulières.

Article 2 – Quels sont les accidents couverts ?

1. Sont assimilés à un accident :

- I.1 les troubles de santé qui constituent une suite directe et exclusive d'un **accident** couvert par l'assurance ou d'une tentative de sauvetage de personnes ou d'**animaux domestiques** en danger
- I.2 l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives
- I.3 les dislocations, torsions, contractions ou déchirures musculaires causées par un effort brusque
- I.4 les affections dues aux gelures, aux insolation ou aux coups de chaleur, ainsi qu'aux rayons ultra-violet, à l'exclusion des coups de soleil
- I.5 la noyade involontaire
- I.6 l'hydrocution
- I.7 l'épuisement physique et l'inanition consécutifs à une catastrophe naturelle (nauffrage, inondation) ou à des actes de piraterie
- I.8 les cas de rage, de charbon et de tétanos

2. Circulation

Sauf mention explicite à l'article 10 – Qu'est-ce qui n'est pas assuré ? sont également couverts les **accidents** qui surviennent dans le cadre de la participation à la circulation :

- 2.1 comme **usager faible de la route**, y compris en cas d'usage d'engins de déplacement
- 2.2 comme conducteur d'un véhicule automoteur ou d'un navire

- 2.3 comme passager d'un moyen de transport terrestre, maritime ou aérien, pour autant que l'**assuré** ne fasse pas partie de l'équipage ou n'exerce aucune activité professionnelle pendant le trajet, la navigation ou le vol
- 2.4 en cas d'utilisation d'une **motocyclette** de plus de 50 cc, jusqu'à 50% des montants assurés pour les garanties choisies. Cette restriction ne s'applique pas si l'utilisation d'une **motocyclette** de plus de 50 cc est mentionnée dans les conditions particulières.

3. Sport

Les **accidents** résultant de la pratique de sports en tant qu'amateur non rémunéré sont couverts, aussi dans le cadre de compétitions, sauf s'ils sont explicitement repris à l'article 10 – Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

Article 3 – Où l'assurance est-elle valable ?

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'**assuré** ne séjourne pas plus de trois mois consécutifs à l'étranger et que sa résidence principale soit située en Belgique.

L'assistance P&V est valable en Belgique, sauf indication contraire à l'article 7 – Assistance.

GARANTIES DE BASE

Article 4 – Incapacité permanente

La **compagnie** paie à l'**assuré** un pourcentage du montant indiqué dans les conditions particulières en cas d'incapacité physiologique permanente, lequel correspond au degré d'incapacité déterminé par le médecin de la **compagnie**, dès que les lésions sont consolidées ou au plus tard trois ans après le jour de l'**accident**.

Le degré d'**incapacité** permanente est déterminé sur la base du Barème officiel belge des Invalidités (**B.O.B.I.**). Si le degré d'incapacité permanente est supérieur à 67%, il est porté à 100% pour le calcul du montant à payer et la **compagnie** multiplie le montant par 2,5. Le montant assuré calculé sera versé à l'**assuré** sans application d'un pourcentage minimal d'**incapacité** permanente.

La **compagnie** s'engage à soumettre une proposition de règlement définitif dans les 2 mois qui suivent la date à laquelle elle aura été informée de la guérison ou de la **consolidation** des lésions par le médecin de la **compagnie**.

Article 5 – Incapacité temporaire

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

L'indemnité journalière est déterminée proportionnellement au degré de diminution de la capacité de travail de l'**assuré** dans ses activités professionnelles ou ménagères. Lorsque l'assuré exerce une profession, l'incapacité temporaire est évaluée sur la base de la diminution de la capacité d'exercer cette profession. Lorsque l'assuré n'exerce pas de profession, l'incapacité temporaire est évaluée sur la base de l'incapacité ménagère. Elle n'est pas ou plus exigible à partir du moment où l'**assuré** est physiquement en état de poursuivre ou de reprendre ses occupations.

L'**assuré** peut demander l'indemnité journalière à partir du 31^e jour à compter du jour de l'**accident**, dimanches et jours fériés inclus, jusqu'à la **consolidation** des lésions, avec un maximum de trois ans après l'**accident**.

Cependant, la garantie incapacité temporaire ne s'applique pas aux enfants assurés de moins de 24 ans qui ne perçoivent pas de revenus professionnels ou de revenus de remplacement.

Article 6 – Frais de traitement

La **compagnie** rembourse les dépenses médicales nécessaires pour le traitement de l'assuré ainsi que les frais accessoires supplémentaires ayant été engagés à la suite d'un **accident** couvert. Ce remboursement entre en ligne de compte pour tout montant de minimum 25 euros par **accident** couvert, jusqu'à concurrence du montant visé dans les conditions particulières et après intervention de l'INAMI ou de tout tiers payant.

1. **Les frais médicaux de traitement auront été prescrits par un médecin agréé au sens de la loi et peuvent comprendre :**

- les frais de soins hospitaliers
- les frais pour les traitements médicaux nécessaires
- les frais de rééducation
- les frais pharmaceutiques
- les frais pour les premières **prothèses** définitives ou les premiers appareils orthopédiques définitifs (y compris les **prothèses** ou appareils orthopédiques provisoires)
- les frais de réparation ou de remplacement de **prothèses** ou d'appareils orthopédiques existants ayant été endommagés à la suite de l'**accident**.

La **compagnie** prévoit en outre le remboursement des frais accessoires suivants :

2. **Transport adapté**

Les frais du transport adapté effectué pour des raisons médicales sont remboursés à l'**assuré** jusqu'à concurrence du montant prévu dans les conditions particulières.

3. **Frais de recherche et de sauvetage**

Les frais raisonnablement consentis pour sauver la vie de l'**assuré** sont remboursés à l'**assuré** jusqu'à concurrence du montant spécifié dans les conditions particulières.

4. **Frais de rapatriement**

Les frais nécessaires au rapatriement sont remboursés à l'**assuré** jusqu'à concurrence du montant prévu dans les conditions particulières.

5. **Frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle**

Si l'**assuré** décède à la suite d'un **accident** couvert, les frais de rapatriement de la dépouille mortelle sont remboursés au **bénéficiaire** jusqu'à concurrence du montant spécifié dans les conditions particulières.

6. **Frais de traitement d'animaux domestiques blessés**

Si l'**animal domestique** de l'**assuré** et l'**assuré** lui-même sont blessés à la suite d'un **accident** couvert étant donné leur participation à la circulation, la **compagnie** rembourse à l'**assuré** les frais de la prise en charge par un vétérinaire ainsi que les coûts pharmaceutiques y afférents, jusqu'à concurrence du montant visé dans les conditions particulières.

7. **Chirurgie plastique pratiquée sur des enfants**

Pour les enfants, la **compagnie** prend en charge, outre le montant mentionné dans les conditions particulières, les frais de traitement de chirurgie plastique dont la nécessité médicale est avérée, jusqu'à concurrence de 5 000 euros par **accident** couvert. La justification médicale sera évaluée par le médecin de la **compagnie** et sera avérée dans l'éventualité où à la suite de l'**accident**, le corps de l'**assuré** subit une mutilation telle que la défiguration physique est permanente et se traduit par une diminution de la qualité de vie de l'**assuré**. Cette extension vaut pour les enfants **assurés** qui n'ont pas dépassé l'âge de 24 ans au moment de l'**accident** et qui ne perçoivent pas de revenus professionnels ou de remplacement.

Si aucune intervention légale de l'**INAMI** n'est prévue pour couvrir les dépenses médicales, les frais médicaux nécessaires seront également remboursés, en tenant compte des conditions énumérées ci-dessus.

La **compagnie** s'engage à rembourser les frais engagés dans un délai de 2 mois après la réception des pièces justificatives demandées.

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

Les montants renseignés dans les conditions particulières valent par **assuré** et par **accident** couvert, et ne sont pas indexés.

Article 7 – Assistance

Qu'est-ce que P&V assistance ?

Les garanties de l'assistance sont assurées par IMA BENELUX (dont le siège se trouve Parc d'affaires Zénobe Gramme, Square des Conduites d'Eau, 11-12 à 4020 Liège) pour le compte de P&V. L'organisation de cette assistance est confiée au service P&V assistance.

Sauf concernant les prestations visées ci-dessous au point 1. Informations urgentes, les interventions de P&V assistance à la suite d'un **accident** couvert de l'**assuré** dans le cadre de la vie privée supposent l'accord préalable de la compagnie.

Dans quels cas l'assuré peut-il prétendre à une intervention de P&V assistance ?

1. Informations d'urgence

1.1 Assistance administrative en Belgique et à l'étranger

Si un **assuré** est victime d'un **accident** de la vie privée pendant un séjour en Belgique ou à l'étranger, il peut faire appel à P&V assistance pour des informations pratiques et conseils (renvoi médical par téléphone, e-mail, hôpitaux, médecins, pharmacies, etc.).

1.2 Transmission de messages urgents

P&V assistance prend en charge la transmission de messages urgents à la famille ou à l'employeur de l'**assuré** lorsque ce dernier se trouve dans l'impossibilité de le faire. Inversement, un message urgent peut être transmis à l'**assuré** par la famille ou l'employeur.

1.3 Services d'un interprète

Si un **assuré** ne maîtrise pas la langue locale et éprouve de grandes difficultés à s'exprimer, P&V assistance l'autorise à faire appel aux services d'un de ses interprètes.

2. Soins à domicile

Si l'**assuré** est victime d'un **accident** couvert et que son état de santé et sa situation familiale le justifie, l'**assuré** peut prétendre aux prestations suivantes :

2.1 Aide ménagère

P&V assistance organise et envoie de l'aide au domicile de l'**assuré** afin de pourvoir aux tâches ménagères usuelles ou à l'entretien généralement normal de l'habitation et du jardin. Les **assurés** peuvent bénéficier de ces prestations moyennant l'accord préalable de P&V assistance et dans la mesure où la nécessité médicale est avérée, pendant une période maximale de deux ans après l'**accident**.

2.2 Garde des enfants

P&V assistance rembourse les frais de la garde des enfants cohabitants organisée par l'**assuré**, pour autant que l'état de santé le justifie et pendant une durée maximale d'un (1) an après l'**accident**. Le remboursement aura lieu sur la base des pièces justificatives remises ; à défaut, la somme remboursée sera calculée selon un montant forfaitaire de 10 euros par heure prestée.

2.3 Accueil des animaux domestiques

P&V assistance rembourse les frais de l'accueil des animaux domestiques organisé par l'**assuré**, pour autant que l'état de santé le justifie et pendant une durée maximale d'un (1) an après l'**accident**. Le remboursement aura lieu sur la base des pièces justificatives remises ; à défaut, la somme remboursée sera calculée selon un montant forfaitaire de 10 euros par heure prestée.

L'**assuré** peut recourir aux prestations dont question ci-dessus au point 2. Soins à domicile comme il l'entend, selon ses propres besoins, sans dépasser les conditions énumérées ci-dessus et l'équivalent de 100 heures par **accident**.

3. Distribution de repas à domicile

P&V assistance livre des repas préparés pour la famille au domicile de l'**assuré**, pour autant que l'état de santé le justifie et pendant une durée maximale de 2 ans après l'**accident**. Les repas restent cependant à la charge de l'**assuré**.

4. Transport

Si l'**assuré** est victime d'un **accident** couvert et pour autant que l'état de santé et la situation familiale le justifient, P&V assistance organise ou prend en charge les prestations suivantes en respectant les délais et montants fixés :

4.1 Transport d'enfants

P&V assistance organise le transport des enfants cohabitants afin de garantir la continuité des activités habituelles du ménage, tant que l'état de santé le justifie et pour une durée maximale de 1 an après l'**accident**.

- transport vers et depuis l'établissement scolaire ou d'accueil
- transport vers et depuis les activités extrascolaires, clubs sportifs, mouvements de jeunesse et autres loisirs

4.2 Transport médical nécessaire

P&V assistance organise un transport médical adapté en Belgique lorsque l'**assuré** n'est pas en mesure de se déplacer avec son propre moyen de transport ou d'emprunter les transports publics pour se rendre à l'hôpital ou dans un quelconque centre médical spécialisé, dans le cadre de son traitement.

L'**assuré** peut demander cette prestation après intervention de la mutuelle et à raison de maximum 20 fois par **accident**. La distance à parcourir n'excédera pas 30 km à partir du domicile.

L'**assuré** peut recourir aux prestations dont question ci-dessus au point 4 Transport comme il l'entend, en fonction de ses propres besoins, sans dépasser les conditions susmentionnées ainsi que le plafond de 20 trajets par **accident**.

5. Visite à l'assuré hospitalisé en Belgique

Si un **assuré** est hospitalisé en Belgique pendant plus d'une nuit en raison d'un **accident** et que son état de santé requiert la présence d'un **proche**, P&V assistance organise et rembourse le rapatriement en train ou en avion, respectivement en première classe ou en classe économique : du conjoint ou partenaire cohabitant et/ou des enfants ou, à défaut, du père et de la mère, résidant en Belgique mais séjournant à l'étranger. Cette prestation se limite au remboursement d'un seul voyage par personne à rapatrier par **accident** survenant à un **assuré**.

6. Assistance psychologique

Si l'**assuré** est victime d'un **accident** ou souffre d'un traumatisme en raison d'un **accident** couvert, P&V assistance le mettra en contact avec un psychologue qui organisera la ou les consultations de manière individuelle ou en présence d'autres **assurés**, selon les besoins identifiés.

Cette assistance psychologique est proposée à l'**assuré** pendant maximum 1 an après la survenance de l'**accident** couvert, à raison de cinq consultations par **assuré**.

7. Dispositions et limitations dans l'intervention de P&V assistance

- 7.1 P&V assistance n'intervient jamais en lieu et place des services de secours publics.
- 7.2 P&V assistance ne participe pas après coup aux dépenses engagées d'initiative par l'**assuré**, sauf si ces dépenses ont été faites en bon père de famille.
- 7.3 P&V assistance n'intervient pas dans le transport des enfants cohabitants dans le cadre d'une activité extrascolaire, d'un sport ou d'un loisir entamé(e) après l'accident, sauf approbation formelle de la **compagnie**.
- 7.4 P&V assistance se réserve le droit de réclamer toutes les pièces justificatives propres aux faits ayant donné lieu à l'application des garanties.

- 7.5 P&V assistance ne peut être tenue responsable de la non-exécution de l'une de ses obligations en cas de force majeure ou cas fortuit et dans tous les cas empêchant l'exécution des prestations garanties, notamment en cas de grève, d'émeute, de mouvement populaire, de représailles, de restriction à la libre circulation, de sabotage, de terrorisme, d'état de belligérance, de guerre civile ou étrangère, de catastrophes naturelles ou d'intempéries, de conséquences de fission ou de fusion d'atome.
- 7.6 Lorsque P&V assistance a effectué une prestation, elle est subrogée à concurrence des sommes engagées, dans tous les droits et actions des **assurés** contre les tiers responsables.
- 7.7 L'**assuré** est libre d'accepter ou de refuser les avis ou prestations proposés dans le cadre de l'assistance. Un **assuré** qui renonce aux prestations ne peut plus invoquer la même garantie par la suite.
- 7.8 L'intervention de P&V assistance dans l'un des cas évoqués au point I. Informations urgentes ne préjuge en rien la prise en charge ou non de l'**accident**.

GARANTIES OPTIONNELLES

Les garanties optionnelles décès et indemnité journalière en cas d'hospitalisation sont uniquement acquises si elles sont mentionnées dans les conditions particulières.

Article 8 – Décès

La **compagnie** verse le montant assuré aux **bénéficiaires**, pour autant que le décès de l'**assuré** soit la conséquence directe de l'**accident** et survienne immédiatement ou dans un délai de trois ans après l'**accident**.

La **compagnie** s'engage à verser le montant assuré dans les deux semaines qui suivent la date à laquelle elle aura pris possession des informations permettant de déterminer les circonstances du sinistre, à condition que les **bénéficiaires** acceptent de rembourser toutes les sommes payées à la **compagnie** s'il devait s'avérer, après enquête, que l'accident n'était pas couvert.

Le capital versé en cas de décès sera diminué de l'indemnisation éventuellement versée par la **compagnie** au titre de la garantie incapacité permanente, consécutive à ce même **accident**.

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

Article 9 – Indemnité journalière en cas d'hospitalisation

Si un **accident** couvert donne lieu à une hospitalisation de plus de 24 heures, la **compagnie** verse :

- une indemnité journalière de 25 euros par jour à l'**assuré**
- à partir du jour de l'**accident** et pendant une période maximale de 1 an
- jusqu'à un plafond de 1 250 euros par **accident**, tous **assurés** confondus.

La **compagnie** s'engage à verser le montant assuré dans les 2 mois qui suivent la réception de toutes les pièces justificatives de l'hospitalisation.

Article 10 – Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

La **compagnie** n'indemnise pas :

1. les **maladies**, sauf si elles sont la conséquence directe d'un **accident** couvert
2. les accidents provoqués par :
 - 2.1 un acte délibéré ou la complicité d'un **assuré** ou d'un **bénéficiaire** : violence sur des personnes, vandalisme ou participation à des délits
 - 2.2 un état d'ivresse ou état analogue de l'**assuré** résultant de la consommation de boissons alcoolisées ou de l'utilisation d'autres produits stupéfiants
 - 2.3 le suicide ou la tentative de suicide de l'**assuré**
 - 2.4 la guerre. 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
 - 2.5 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
 - 2.6 des actes téméraires et manifestation dangereuse : bagarres, paris et défis, sauf si l'**assuré** peut démontrer qu'il n'y a pas participé activement
 - 2.7 des armes et engins atomiques, tout combustible nucléaire, tout produit ou déchet radioactif et tous rayonnements ionisants, sauf si l'**accident** a été causé par un traitement médical administré à l'**assuré**
 - 2.8 des catastrophes naturelles en Belgique : tremblements de terre et inondations
 - 2.9 le pilotage d'un aéronef ou la conduite d'une activité liée à la navigation aérienne ou à l'utilisation d'un aéronef
3. Sports :
 - 3.1 tous sports aéronautiques
 - 3.2 compétitions de véhicules automoteurs (y compris karts et quads) et de bateaux automoteurs, préparatifs compris
 - 3.3 courses cyclistes, préparatifs compris
 - 3.4 pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ou amateur rémunéré
 - 3.5 courses de chevaux
 - 3.6 la pratique des sports suivants :
 - 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, canyoning
4. Situation pré-existante :
 - 4.1 Les lésions corporelles qui existaient déjà avant la survenance de l'**accident** couvert et supposaient une incapacité pré-existante seront déduites du montant assuré au titre du présent **contrat**.
 - 4.2 L'estimation des lésions aux membres ou organes sains à la suite de l'**accident** ne peut pas être influencée par l'infirmité d'autres membres ou organes n'ayant pas été touchés lors de l'**accident**.
 - 4.3 Les affections psychiques qui existaient déjà avant la survenance de l'**accident**.

2. Dispositions administratives

Article 11 – Prise d'effet et durée du contrat

Les garanties prennent effet à zéro heure à la date mentionnée dans les conditions particulières. La durée du contrat est de 1 an. Les garanties ne seront acquises aux **assurés** qu'après le paiement de la première prime. Le contrat sera prolongé tacitement pour des périodes consécutives de 1 an, sauf si l'une des parties s'y oppose au minimum trois mois avant l'échéance du contrat, de la manière prescrite par la loi.

Article 12 – Paiement de la prime

La prime s'entend frais, charges et taxes compris et est due chaque année à la conclusion du contrat, sauf accord contraire dans les conditions particulières. Elle est payable par anticipation sur présentation de l'avis d'échéance et est exigible à la date d'échéance.

En cas de paiement échelonné de la prime (versement mensuel, trimestriel ou semestriel), le non-paiement d'un quelconque montant entraînera l'exigibilité immédiate de la totalité de la prime jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

Article 13 – Défaut de paiement de la prime

En cas de non-paiement de la prime à l'échéance, la **compagnie** peut suspendre la couverture ou résilier le contrat après que le preneur d'assurance ait été mis en demeure soit par exploit d'huissier, soit par courrier recommandé. Les frais administratifs de cette mise en demeure s'élèvent à 2,5 fois le tarif officiel d'un envoi recommandé par la poste et seront imputés au **preneur d'assurance**.

La **suspension** ou la résiliation entre en vigueur après l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du jour qui suit la signification ou le dépôt de la lettre recommandée à la poste.

La **suspension** prend fin après le paiement par le **preneur d'assurance** de tous les arriérés de primes, le cas échéant majorés des intérêts, comme stipulé dans la dernière sommation ou décision judiciaire.

La **suspension** de la garantie ne porte pas préjudice au droit de la **compagnie** d'exiger les primes devant encore arriver à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément aux modalités décrites ci-dessus. Ce droit est toutefois limité aux primes dues pour deux années consécutives.

Article 14 – Modification des conditions d'assurance

Si la **compagnie** modifie son tarif et/ou ses conditions, elle procédera à l'adaptation à la prochaine échéance annuelle. La **compagnie** avertit le **preneur d'assurance** au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du présent **contrat**, à moins que lors d'une notification ultérieure, le droit lui soit encore accordé de résilier le **contrat** concerné dans un délai de 3 mois au moins à compter du jour de cette notification.

Lorsque la **compagnie** avertit le **preneur d'assurance** au moins 4 mois avant l'échéance annuelle, celui-ci peut résilier le **contrat** concerné dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, le **contrat** prend fin à l'échéance annuelle suivante.

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

Article 15 – Résiliation du contrat

Le **contrat** peut être résilié en tout ou en partie :

Par le **preneur d'assurance** :

- a. avant le terme de chaque période d'assurance, conformément à l'article 11
- b. lorsqu'un délai de plus d'un an s'est écoulé entre la date de conclusion de **contrat** et la date de prise d'effet. La résiliation se fera au plus tard trois mois avant l'entrée en vigueur du **contrat**
- c. si la **compagnie** limite ou résilie une (ou plusieurs) garantie(s)
- d. après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité. La résiliation est effective 3 mois après sa notification
- e. en cas de diminution du risque, conformément à la **loi**
- f. en cas de décès du **preneur d'assurance**, conformément à la **loi**
- g. en cas de modification du tarif et/ou des conditions d'assurance, conformément à l'article 14.

Par la **compagnie** :

- a. avant le terme de chaque période d'assurance et conformément à l'article 11
- b. lorsqu'un délai de plus d'un an s'est écoulé entre la date de conclusion de **contrat** et la date de prise d'effet. La résiliation se fera au plus tard trois mois avant l'entrée en vigueur du **contrat**
- c. lorsque le **preneur d'assurance** n'accepte pas la modification du **contrat** en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque
- d. en cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 13
- e. en cas de décès du **preneur d'assurance**, conformément à la **loi**
- f. après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité. La résiliation est effective 3 mois après sa notification.

La résiliation doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation en échange d'un accusé de réception.

Sauf dans les cas visés aux articles 11 et 14 ou en cas de résiliation après un sinistre, la résiliation ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou du lendemain de la date de l'accusé de réception ou, en cas de lettre recommandée, à compter du jour qui suit son dépôt.

La partie de la prime se rapportant à la période qui suit la date de prise d'effet de la résiliation sera remboursée dans les 15 jours qui suivent la date de résiliation effective.

Article 16 – Obligation d'information du preneur d'assurance

Le **preneur d'assurance** est tenu de déclarer le risque de façon correcte et complète à la **compagnie**, aussi bien lors de la conclusion du **contrat** que pendant la durée de celui-ci.

Le **preneur d'assurance** 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 stipulations de la **loi**.

Omissions ou inexactitudes intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle induit la **compagnie** en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, cette dernière peut invoquer la nullité du contrat.

Si la nullité du contrat est prononcée, les primes échues jusqu'au moment où la **compagnie** a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont dues.

Omission ou inexactitude non intentionnelles

L'omission non intentionnelle ou la communication involontaire de données incorrectes n'entraîne pas la nullité du **contrat**.

Dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude non intentionnelle, la **compagnie** propose de modifier le **contrat**, avec effet rétroactif au jour de la prise de connaissance de l'omission ou de l'inexactitude non intentionnelle dont question.

Résiliation du contrat

Lorsque la proposition de modification du **contrat** est refusée par le preneur d'assurance ou que, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la **compagnie** peut résilier le **contrat** dans les 15 jours, conformément à l'article 15.

Si la **compagnie** apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le **contrat** dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, conformément à l'article 15.

Absence de réaction de la compagnie

La **compagnie** qui n'a pas résilié le **contrat** dans les délais stipulés aux paragraphes précédents ni proposé de modification ne peut plus se prévaloir par la suite de faits dont elle avait connaissance.

Article 17 – Déménagement à l'étranger

Si le preneur d'assurance déménage à l'étranger, les garanties du présent **contrat** demeurent acquises pendant une période de trois mois à compter du jour du déménagement.

Au terme de cette période, l'assurance cessera automatiquement de produire ses effets ou les conditions particulières devront être adaptées.

Article 18 – Indexation

Les montants assurés indiqués ne sont pas indexés, sauf mention contraire.

Article 19 – Hiérarchie des dispositions du présent contrat

Les conditions particulières complètent les conditions générales ou y dérogent en cas de contradiction.

Article 20 – 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**. Aucun(e) ajout, modification au texte ou dérogation aux conditions ne sera valable si il/elle n'a pas été validé(e) par la **compagnie**.

Article 21 – Correspondance

Pour être valables, les communications et notifications destinées à la **compagnie** doivent être adressées à son siège ou à l'un de ses bureaux avancés.

La correspondance pour l'**assuré** sera envoyée à l'adresse du **preneur d'assurance** indiquée dans les conditions particulières.

Article 22 – Juridiction compétente

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

3. Règlement de sinistres

Que faire après un accident ?

Article 23 – Déclaration de l'accident

Si un **accident** se produit, l'**assuré** ou le **bénéficiaire** s'engage à :

- prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter et limiter les conséquences d'un **accident**
- consulter un médecin aussi rapidement que possible et au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'**accident**, afin de recevoir les premiers soins médicaux et d'obtenir un certificat médical attestant des lésions souffertes
- déclarer l'**accident** à la **compagnie** dans les plus brefs délais et au plus tard 10 jours après sa survenance, à l'aide du formulaire de déclaration prévu à cet effet. La **compagnie** n'invoquera pas ce délai si la déclaration a été faite aussi vite que raisonnablement possible.
- procurer tous les renseignements utiles et répondre aux questions qui sont posées en vue de déterminer les circonstances et l'ampleur de l'**accident**
- respecter les directives de la **compagnie** et suivre les démarches prescrites par celle-ci
- accomplir les actes de procédure demandés par la compagnie.

Article 24 – Obligation d'information de l'assuré en cas de sinistre

L'**assuré** ou le **bénéficiaire** livrera immédiatement à la **compagnie** toutes les informations utiles et nécessaires à la gestion du sinistre. L'**assuré** donnera notamment suite à toute convocation du médecin-conseil de la **compagnie**.

Article 25 – Qu'advient-il si l'assuré ne respecte pas ses obligations en cas d'accident ?

Si l'**assuré** ne respecte pas ses obligations et que cela se traduit par un préjudice dans le chef de la **compagnie**, cette dernière est habilitée à diminuer les indemnisations ou les prestations proportionnellement au grief subi, selon les modalités décrites à l'article 16 – Obligation d'information du preneur d'assurance. La **compagnie** peut refuser sa garantie si le non-respect de ces obligations provient d'une intention frauduleuse.

Que fait la compagnie après une déclaration d'accident ?

Article 26 – Procédure de règlement

La compagnie s'engage à régler l'accident aussi rapidement que possible, dans les limites des garanties assurées et des montants choisis.

Les interventions ou traitements médicaux justifiés et nécessaires feront l'objet d'une appréciation par le médecin de la **compagnie**, sur la base des pièces justificatives médicales.

Article 27 – 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 les deux parties, chacune 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 28 – Subrogation en cas de responsabilité d'un tiers

La **compagnie** est automatiquement subrogée dans les droits de l'**assuré** ou de ses **ayants droit**, et ce, à concurrence des montants payés dans le cadre de la garantie frais de traitement.

Si par le fait de l'**assuré**, la subrogation ne peut plus produire ses effets, ou uniquement sur une étendue limitée, la **compagnie** peut réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

Sauf en cas de malveillance, la **compagnie** renonce à tout recours à l'égard :

- des ascendants des **assurés** en ligne directe ou des descendants ;
- du/de la conjoint(e) et des parents de l'**assuré** en ligne directe ;
- des personnes qui cohabitent avec l'**assuré**, de leurs hôtes et des membres de leur personnel domestique ;
- de toute autre personne considérée comme **assurée** dans le présent **contrat**.

L'abandon de recours vaut uniquement :

- dans la mesure où le responsable n'est pas couvert par une assurance de responsabilité ;
- dans la mesure où le responsable ne peut pas exercer lui-même un recours contre un autre responsable.

Article 29 – Prescription

Le délai de prescription de chaque action judiciaire découlant d'un contrat d'assurance s'élève de plein droit à 3 ans. Il commence à courir le jour de l'événement qui fait naître le droit d'ester en justice. 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 5 ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

Article 30 – Dégâts par des actes de terrorisme

Dégâts par des actes de terrorisme

En ce qui concerne les dommages causés par le **terrorisme**, la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le **terrorisme** est d'application et la **compagnie** est membre à cette fin de l'ASBL TRIP, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 29.

Conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le **terrorisme**, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des compagnies d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du **terrorisme**, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté à l'évolution de l'**indice des prix à la consommation** le 1^{er} janvier de chaque année, l'indice de base étant celui de décembre 2005, soit 145,93 (base 100 en 1988). 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, d'une part, et les indemnités à payer imputées à cette année civile, d'autre part.

Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1^{er} avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de **terrorisme**. Afin que le montant cité ci-avant ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, au plus tard six mois après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les compagnies d'assurances membres de l'ASBL 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** ou le **bénéficiaire** 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 un autre pourcentage est fixé par arrêté royal, la **compagnie** paiera, par dérogation à ce qui précède, le montant assuré conformément à ce pourcentage.

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 le montant cité au paragraphe « Adhésion à TRIP » ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

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.

4. Lexique

- **Accident**
Un événement soudain, involontaire et imprévu ayant une cause externe et sans lien quelconque avec une maladie, qui entraîne des lésions objectivement vérifiables chez l'**assuré**, voire la mort de ce dernier.
- **Accident de circulation**
Tout **accident** dont vous êtes victime sur la route et dans le cadre de la **vie privée**. Le chemin du travail n'est pas considéré comme relevant de la **vie privée** dans le présent contrat, sauf en l'absence de couverture au titre de la législation sur les **accidents du travail**.
- **Accident du travail**
Un accident qui survient pendant et par l'exécution de l'activité professionnelle ou un accident sur le chemin du travail au sens de la loi du 3 juillet 1967 relative aux accidents du travail dans le secteur public et de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail dans le secteur privé, ainsi que toutes leurs extensions, modifications et arrêtés d'exécution.
- **Animaux domestiques**
Les animaux domestiques sont des espèces animales qui partagent depuis toujours le quotidien de l'homme ; il est question ici des animaux séjournant au domicile de l'**assuré**.
- **Assuré**
Toute personne qui est mentionnée dans le contrat et qui a son domicile et/ou séjourne en Belgique.
Le nouveau-né de l'assuré est automatiquement coassuré au titre du présent contrat jusqu'à l'âge de 1 an.
- **Attentats**
Toute forme d'**émeute**, **mouvement populaire** ou **terrorisme**.
- **Bénéficiaire**
 1. En cas de lésions donnant lieu à une **incapacité permanente** : l'**assuré**, à l'exclusion de toute partie subrogée.
 2. en cas de **décès** : les ayants droit pouvant prétendre à une indemnité, soit le conjoint ni divorcé ni séparé, le cohabitant légal, les enfants et les père et mère de l'**assuré**, à l'exclusion de toute partie subrogée.
- **B.O.B.I.**
Barème officiel belge des Invalidités. La **compagnie** utilise ce barème pour déterminer le degré de l'**incapacité physiologique** découlant de l'**accident**.
- **Consolidation**
La situation dans laquelle le médecin estime que les lésions corporelles – survenues après un **accident** couvert – n'évoluent plus et sont dès lors permanentes. Il est à ce moment possible de procéder au règlement définitif de votre **accident**.
- **Contrat**
Les obligations mutuelles entre la **compagnie** et l'**assuré**, qui sont décrites dans les conditions générales et particulières.
- **Contrat d'assurance**
Votre **contrat**, qui stipule les conditions générales ainsi que les conditions particulières auxquelles vous avez souscrit. En cas de contradiction, les conditions particulières prévalent sur les conditions générales.

- **Compagnie**
P&V Assurances SCRL, rue Royale 151, 1210 Bruxelles, compagnie d'assurance agréée sous le numéro 0058.
- **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.
- **Engin de déplacement**
Les autorités distinguent deux types d'engins de déplacement, à savoir :
 1. Un engin de déplacement **non motorisé** : tout véhicule qui est propulsé par une force musculaire et n'est pas équipé d'un moteur. C'est-à-dire : les skeelers, les trottinettes, les planches à roulettes, les fauteuils roulants, etc.
 2. Un engin de déplacement **motorisé** : tout **véhicule motorisé** à deux ou à trois roues ayant une vitesse maximale de 18 km/h. C'est-à-dire : les fauteuils roulants électriques, les segways, les trottinettes électriques, Etc.
- **Loi**
La loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
- **Maladie**
Une modification soudaine et imprévisible de l'état de santé pouvant être attribuée ou non à une condition pré-existante, qui n'est pas causée par un **accident** physique, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maison**
L'adresse renseignée dans les conditions particulières, à laquelle l'**assuré** est domicilié et où il séjourne généralement.
- **Membre de la famille**
Toute personne reprise sous la définition de l'**assuré** et qui est mentionnée dans les conditions particulières du présent **contrat**.
- **Motocyclette**
Les véhicules automoteurs à deux roues, avec ou sans side-car, dont la cylindrée est supérieure à 50 cc, ainsi que les engins à deux roues dotés d'un moteur électrique et capables de circuler à plus de 45 km/h.
Sont également repris sous cette définition les engins de plus de deux roues (plus de 50 cc ou, en cas de motorisation électrique, plus de 45 km/h) qui ne relèvent pas du champ d'application de l'Arrêté royal du 15 mars 1968 (M.B. 28/03/1968) portant règlement général sur les conditions techniques auxquelles doivent répondre les véhicules automobiles et leurs remorques, leurs éléments ainsi que les accessoires de sécurité.
- **Mouvement populaire**
Manifestation violente, même non concertée, d'un groupe de personnes qui, sans qu'il y ait révolte contre l'ordre établi, révèle cependant une agitation des esprits se caractérisant par un désordre ou des actes illégaux.
- **INAMI**
Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

- **Incapacité**
 - a. **Incapacité physiologique**

La perte de la capacité physique de l'**assuré** en conséquence d'un **accident** couvert. Le degré d'invalidité est déterminé par un médecin sur la base du Barème officiel belge des Invalidités (**B.O.B.I.**).
 - b. **Incapacité économique** (incapacité ménagère ou travail)

L'ensemble des conséquences d'un **accident** couvert qui entraînent une diminution de la capacité physique de l'**assuré** pour l'exercice de son occupation ménagère ou professionnelle, et par conséquent une réduction de sa compétitivité sur le marché du travail.

- **Indice des prix à la consommation**

L'**indice des prix à la consommation**, tel qu'établi chaque mois par le Ministère des Affaires Economiques.

- **Preneur d'assurance**

La personne physique qui souscrit la présente assurance.

- **Préjudicié**

La personne qui a subi un dommage donnant lieu à l'application du contrat ainsi que ses ayants droit.

- **Prothèse**

Est uniquement entendu par **prothèse** l'appareil qui remplace une partie du corps devenue inopérante, à l'exclusion de tout autre matériel. L'**assuré** qui est victime d'un accident couvert peut prétendre au remboursement de ses frais dentaires à concurrence de 1 250 euros maximum, à raison de 375 euros par dent. Les lunettes ne sont pas considérées comme une prothèse.

- **Partenaire cohabitant**

La personne qui cohabite légalement avec l'**assuré** au moment de l'accident, au sein de l'article 1475 du Code civil, ou qui démontre, à l'aide d'une attestation de domicile, qu'elle cohabite depuis plus d'un an au sein de la même résidence que l'**assuré** avec qui elle entretient une relation comparable à celle d'un couple marié, sans qu'il ne soit question d'un mariage effectif ou d'une déclaration de cohabitation légale.

- **Suspension**

Période pendant laquelle la **compagnie** n'octroie temporairement plus de couverture pour un ou plusieurs risques.

- **Tiers**

Toute autre personne que l'**assuré**.

- **Terrorisme**

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

- **Usager faible de la route**

Les personnes dont il est question dans la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

- **Vandalisme**

Dégradation par un acte dont il est prouvé que son auteur ne l'a commis que dans l'intention de causer un préjudice.

▪ **Véhicule automoteur**

Un véhicule destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée, indépendamment du type de force motrice et de la vitesse maximale.

▪ **Vie privée**

Les activités particulières qui ont lieu dans la sphère privée, toutes les activités découlant de l'exercice d'une activité professionnelle étant ici exclues, aussi pendant le déplacement vers le travail, à l'exception des activités qui ne sont pas couvertes au titre de la loi sur les accidents du travail ou des activités réalisées dans le cadre de la loi sur les revenus complémentaires ou de l'économie collaborative, en tant que volontaire ou qu'étudiant, et plus précisément :

1. le travail associatif et les services occasionnels entre citoyens au sens de la **loi sur les revenus complémentaires**
2. les services occasionnels qu'un **assuré** livre à des particuliers, en dehors de toute activité professionnelle et sans but lucratif, le cas échéant via une plate-forme d'économie collaborative, à condition que :
 - l'**assuré** réponde aux exigences spécifiques afférentes à la livraison de tels services, comme la possession d'un certificat d'aptitude, d'une reconnaissance ou d'un diplôme
 - les revenus perçus par l'**assuré** pour ces services, cumulés à ceux du travail associatif et des services occasionnels entre citoyens visés au point 1. ci-dessus, ne dépassent pas le plafond annuel fixé dans la **loi sur les revenus complémentaires** (art. 37bis et 90/1 CIR 1992).
3. les enfants **assurés** qui livrent des prestations rémunérées pendant leurs vacances scolaires ou leur temps libre (aussi dans le cadre d'un contrat de travail)
4. les **assurés** en leur qualité de volontaires au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

5. Mentions légales

Article 31 – Règlement général sur la protection des données

La **compagnie** s'engage, en sa qualité de responsable du traitement, à traiter les données personnelles conformément à la législation en vigueur sur la protection de la vie privée. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la brochure destinée aux clients ou le site Internet de la **compagnie** : <https://www.pv.be/fr/privacy>

Article 32 – Datassur

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la **compagnie** entraîne non seulement l'application des sanctions prévues dans le droit applicable, mais fait également l'objet de poursuites pénales. La **compagnie** enverra en outre ces informations à Datassur, un groupement d'intérêt économique (GIE) fondé à l'initiative des entreprises d'assurance, qui tient informés tous les assureurs affiliés des risques d'assurance à suivre spécialement.

Les données personnelles transmises par la **compagnie** à Datassur seront utilisées par cette dernière aux fins exclusives de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et sinistre y afférents. 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, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Article 33 – Réclamations

- Pour toute réclamation relative au présent contrat, le **preneur d'assurance** peut s'adresser au service de gestion des réclamations de P&V Assurances, rue Royale 151 à 1210 Bruxelles, e-mail : plainte@pv.be.
- Si le **preneur d'assurance** n'est pas satisfait de la réponse apportée à sa demande par le service de gestion des réclamations de P&V, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as.

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