

CONDITIONS GENERALES D'ASSURANCE HYPO PROTECT EIP

Vous trouverez dans les présentes conditions générales d'assurance tous les accords conclus entre nous à propos de l'assurance Hypo Protect EIP que vous avez souscrite chez nous.

Vous lirez ci-dessous ce qui est précisément assuré, quand vous recevez une indemnisation, comment se paye la prime et la durée de cette assurance.

Conservez bien ces conditions générales, avec les conditions particulières, les clauses spéciales et la proposition d'assurance. Elles forment un tout.

Ces conditions générales sont valables pour les couvertures :

- décès
- incapacité totale de travail

De plus, en optant pour Hypo Protect, vous avez automatiquement droit à la gratuité :

- Du service « Deuxième avis médical »
- De Cardif Assistance

Ces deux extras sont soumis à leurs propres conditions générales, que vous pouvez également trouver dans ce document.

Si dans ces conditions d'assurance, nous parlons de " il ", nous voulons dire " il/elle ". Si nous utilisons "le sien", nous voulons également dire "la sienne".

TABLE DES MATIERES

Dispositions générales

- Article 1 Quelle est la signification des notions que nous utilisons ?
- Article 2 Quand cette police prend-elle effet ?
- Article 3 Quelle est la base de cette assurance ?
- Article 4 Quand devez-vous payer l'assurance ?
- Article 5 Que se passe-t-il si je ne paye pas la prime ?
- Article 6 Quels sont les frais que vous payez ?
- Article 7 Que se passe-t-il en cas de sinistre ?
- Article 8 Quand pouvons-nous récupérer des indemnités ?
- Article 9 Que devez-vous savoir à propos de la communication avec nous ?
- Article 10 Où puis-je retrouver les informations concernant la protection des intérêts du client ?
- Article 11 Où pouvez-vous trouver des informations concernant la politique de segmentation tarifaire ?
- Article 12 Où pouvez-vous vous adresser pour introduire une plainte à propos de cette police ?
- Article 13 Que se passe-t-il en cas de litige ?
- Article 14 Quelles sont les lois et règles fiscales en vigueur sur cette police ?

Dispositions accompagnant la garantie 'décès'

- Article 15 Que comprend cette garantie ?
- Article 16 Quand ne payons-nous pas ?
- Article 17 Qu'en est-il du rachat de la réserve ?
- Article 18 Comment puis-je mettre fin à ma police d'assurance ou la laisser s'éteindre ?
- Article 19 Comment puis-je activer de nouveau une police réduite ou rachetée ?
- Article 20 Quand ma garantie se termine-t-elle ?
- Article 21 Les primes peuvent-elles changer ?
- Article 22 Comment peut-on modifier le contrat d'assurance et quand prend-il fin ?
- Article 23 Que se passe-t-il si l'assuré quitte l'entreprise ?
- Article 24 Puis-je obtenir une participation bénéficiaire ?

Dispositions relatives à la garantie complémentaire 'Incapacité totale de travail'

- Article 25 Que comprend cette garantie ?
- Article 26 Que se passe-t-il si je n'informe pas l'assureur ou pas correctement ?
- Article 27 Quand ne payons-nous pas ?
- Article 28 Que se passe-t-il en cas de rachat ou de réduction de ma police ?
- Article 29 Quand payons-nous les indemnités ?
- Article 30 Quand les indemnités sont-elles arrêtées ?
- Article 31 Quand ma garantie se termine-t-elle ?
- Article 32 Les primes peuvent-elles changer ?

Conditions générales d'application au service 'Deuxième avis médical'

- Article 33 Quelle est la signification des termes que nous utilisons ?
- Article 34 En quoi consistent les services 'Deuxième avis médical' ?
- Article 35 Quand l'accès aux Services 'Deuxième avis médical' n'est-il pas possible ?
- Article 36 Comment faire appel aux Services 'Deuxième avis médical' ?
- Article 37 Quand votre possibilité d'utiliser le service 'Deuxième avis médical' prend-elle fin ?

Conditions générales d'application pour la garantie Cardif Assistance

- Article 38 Définitions pour la garantie Cardif Assistance
- Article 39 Les garanties
- Article 40 Exclusions
- Article 41 Quid en cas de dommage ?
- Article 42 Début, durée et fin de la garantie Cardif Assistance
- Article 43 Cadre juridique

Annexe RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE PROTECTION DES DONNÉES

Dispositions générales

Article 1 Quelle est la signification des notions que nous utilisons dans ces conditions générales d'assurance ?

a. Assureur/nous :

Nous sommes l' assureur. Nous sommes :

Cardif Assurance Vie SA, société de droit français et nous offrons les garanties décès et incapacité de travail totale.

Notre siège social se trouve en France, 75009 Paris, Boulevard Haussmann 1.

Notre succursale en Belgique se trouve Chaussée de Mons 1424 à 1070 Bruxelles.

Nous sommes agréés par la Banque Nationale de Belgique sous le numéro de code 979 pour les assurances vie (branche 21-22) (M.B. 08/02/1989 – B.S. 18/02/1989). Nous sommes inscrits au registre des personnes morales de Bruxelles sous le numéro BE 0435018274.

Notre numéro de compte bancaire est :
IBAN BE17 0016 5444 3821 - BIC GEBABEBB

b. Preneur d'assurance / Vous

La personne morale qui souscrit la police d'assurance chez nous.

c. Assuré

La personne physique/affiliée sur la tête de laquelle la (les) couverture(s) prévue(s) par le contrat est (sont) conclue(s). L'Assuré doit avoir la qualité de dirigeant d'entreprise indépendant auprès du Preneur d'assurance. On trouve dans les conditions particulières qui est l'assuré. L'assuré habite en Belgique et doit y habiter tant que l'assurance court. Si cette condition est modifiée, vous devez le signaler à votre intermédiaire.

d. Bénéficiaire en cas de décès

C'est la personne qui reçoit l'indemnité si l'assuré décède à la suite d'une maladie ou d'un accident. Elle est mentionnée dans les conditions particulières.

e. Bénéficiaire en cas d'incapacité totale de travail'

L'indemnité reviendra dans ce cas à l'assuré.

f. Hypo Protect EIP

C'est un contrat ou une police d'assurance souscrit par une personne morale qui couvre pendant un délai déterminé le décès d'un seul assuré. Dans le cadre de cette police, vous pouvez choisir en complément la garantie 'Incapacité de travail totale'.

g. Police

C'est le contrat d'assurance entre vous et nous. Les accords que nous prenons sont notamment repris dans :

- la proposition d'assurance
- les conditions particulières
- les conditions générales

La police est parfois également appelée dans ces conditions générales contrat d'assurance ou police d'assurance.

h. La garantie principale

La garantie principale de la police est la garantie 'décès'.

i. Garantie complémentaire

La garantie complémentaire est la garantie 'Incapacité totale de

travail' que vous pouvez souscrire en même temps que la garantie principale.

j. Accident

L'assuré subit, soudainement et involontairement une lésion physique. Elle est provoquée par une action extérieure. Il faut dans ce cas qu'un médecin soigne l'assuré et constate que la lésion physique a uniquement été provoquée par cet événement et pas par autre chose. Il est alors question d'un accident.

Nous ne considérons pas comme accident :

- une maladie soudaine ou de longue durée ;
- un infarctus ;
- une rupture d'anévrisme ;
- une crise d'épilepsie ou attaque similaire ;
- une hémorragie cérébrale.

k. Incapacité totale de travail

L'assuré est en incapacité totale de travail pour nous s'il n'est plus physiquement en état de poursuivre son travail en raison d'une maladie, d'une opération ou d'un accident.

Pour nous, il est question d'incapacité totale de travail quand :

- un médecin constate qu'un assuré n'est physiquement pas en état de travailler ;
- l'assuré exerçait jusqu'au moment de l'incapacité de travail une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel et recevait à cet effet régulièrement un salaire ou une indemnité.

l. Délai d'attente

C'est la période durant laquelle la garantie court, mais il n'y a aucune couverture pour les sinistres qui se produisent pendant cette période. Cette période prend cours avec la garantie ou l'augmentation de la garantie et dure 1 mois pour la garantie 'Incapacité de travail totale'

m. Délai de carence

C'est la période durant laquelle vous n'avez pas droit à une indemnisation.

Le délai de carence commence le jour du sinistre et dure 2 mois pour la garantie 'Incapacité totale de travail.

n. La valeur théorique de rachat

C'est la réserve que nous constituons par la capitalisation d'une partie des primes que vous payez. L'autre partie des primes payées est utilisée pour couvrir les frais et le risque à assurer.

m. EIP

Engagement individuel de pension

Article 2 Quand cette police prend-elle effet ?

Cette police prend effet à la date qui figure dans les conditions particulières. La condition est qu'à ce moment, vous ayez signé la police.

A partir de cette date d'effet, vous avez trente jours pour résilier la police.

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

Si la police d'assurance est conclue pour couvrir une demande de crédit mais que cette demande vous est refusée, alors vous avez trente jours à partir de la date du refus pour résilier la police.

Sauf dans les deux cas précédents, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois minimum à compter du lendemain de la signification ou du lendemain de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre

recommandée, à compter du lendemain de son dépôt.

Si vous résiliez la police, nous vous remboursons les primes payées. Nous retenons sur ces primes la partie que nous avons utilisée pour analyser votre risque d'un point de vue médical et le couvrir.

Article 3 Quelle est la base de cette assurance ?

Pour cette police, nous nous basons sur l'information que nous avons reçue de votre part et de celle de l'assuré et nous considérons qu'elle est correcte et complète. Vous et l'assuré nous transmettez cette information notamment par :

- la proposition d'assurance
- la déclaration médicale
- l'examen médical

Si vous avez intentionnellement caché des informations ou avez donné des informations erronées qui nous ont induit en erreur lors de l'évaluation du risque, la police est alors considérée comme inexistante. Les primes déjà payées ne seront pas remboursées.

Si la date de naissance communiquée de l'assuré est incorrecte, nous adapterons le montant assuré à son âge réel au moment du début de la police.

Sur la garantie principale "décès", nous ne pouvons plus revenir à partir de la première année de votre police. Elle sera incontestable à partir de cette date sauf dol ou mauvaise foi.

Pour autant que l'assuré et vous ayez votre domicile/siège social en Belgique, peu importe où le sinistre se produit.

Article 4 Quand devez-vous payer les primes ?

Les dates auxquelles vous devez payer les primes sont mentionnées dans les conditions particulières.

Si vous ne payez plus de prime pour la garantie complémentaire cela n'a alors aucun effet sur la garantie principale.

Vous n'êtes pas tenu de payer totalement ou partiellement la prime de la garantie principale. Si nous ne recevons pas la prime à la date mentionnée, nous vous envoyons, dans ce cas, une lettre recommandée mentionnant la date à laquelle vous auriez dû payer la prime. Cette lettre vous communiquera également les conséquences du non-paiement.

Si vous nous communiquez par écrit que vous avez arrêté le paiement de la prime et que vous rachetez ou réduisez la police, nous ne vous adresserons pas de lettre recommandée. Le rachat ou la réduction s'effectue à la date de votre lettre.

Article 5 Que se passe-t-il si je ne paye pas la prime ?

Si vous ne payez pas la prime, nous adaptons les montants assurés. Si vous devez, en vertu de votre police, payer des primes pendant plus de la moitié de la durée de la police, mais que vous arrêtez de manière anticipée, alors nous arrêtons votre police. Cela se produit trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée.

La durée des garanties complémentaires est mentionnée dans les conditions particulières. Mais si vous ne payez plus de primes pour la garantie principale ou si vous annulez la police ou qu'elle vient à échéance ou qu'elle est résiliée ou rachetée, alors les garanties complémentaires se terminent aussi.

Article 6 Quels sont les frais que vous payez ?

Si nous envoyons une lettre recommandée, nous vous comptons 10,00 € de frais.

Si vous demandez une adaptation technique de la police, des frais d'adaptation de 25,00 € sont calculés dans la première nouvelle prime et nous retenons ce montant de la valeur de rachat théorique de la garantie principale au moment de l'adaptation.

Les frais complémentaires actuels et futurs comme les taxes, les cotisations etc. sont payés en même temps que les primes.

Les montants dans ces conditions générales sont indexés selon la base du chiffre de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988=100).

Nous tiendrons compte de l'indice du deuxième mois du trimestre précédant le traitement.

Article 7 Que se passe-t-il en cas de sinistre ?

L'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant-droit doit signaler un sinistre dans les trente jours de ce dernier. Il nous fournit à cet effet un formulaire de déclaration de sinistre complété, daté et signé avec les documents que nous demandons.

Ces documents sont repris sur le formulaire de déclaration de sinistre.

Si en raison d'un cas de force majeure, la déclaration ne peut se faire dans les trente jours et que cela ne nous porte pas préjudice, alors nous devons traiter la déclaration de sinistre.

Si nous l'estimons utile pour l'évaluation du sinistre, nous pouvons effectuer une enquête pour évaluer les circonstances du sinistre. Nous pouvons également demander à l'assuré de se soumettre à un examen médical.

S'il refuse, alors il perd son droit à l'indemnité sauf si lui ou le bénéficiaire peut prouver que ce refus ne nous a pas porté préjudice.

L'assuré donne aux médecins qui le traite ou l'ont traité l'autorisation de transmettre toute l'information à propos de son état de santé à notre médecin conseil.

Article 8 Quand pouvons-nous récupérer les indemnités versées ?

Nous avons le droit de récupérer les indemnités que nous avons indûment payées en votre faveur, celle de l'assuré et/ou celle du bénéficiaire. Ces conditions d'assurance déterminent quand une indemnité est payée indûment.

Article 9 Que devez-vous savoir à propos de la communication avec nous ?

Si nous vous envoyons une lettre, c'est à la dernière adresse que nous connaissons. La date à laquelle nous remettons la lettre à la poste sert de référence.

Article 10 Où puis-je retrouver les informations concernant la protection des intérêts du client ?

A la suite de la réglementation Twin Peaks II (loi du 30 juillet 2013) qui a pour but de protéger les intérêts du client, l'Assureur a intégré sur son site internet, des informations concernant ses politiques de rémunération et d'identification, de gestion et de contrôle des conflits d'intérêts pouvant survenir au sein de la compagnie et/ou entre la compagnie et les tiers. Vous trouverez plus d'informations concernant ces politiques sur :

- <http://www.bnpparibascardif.be/fr/pid3079/vergoedingen.html> pour la politique de rémunération et
- <http://www.bnpparibascardif.be/fr/pid3080/belangconflicten.html> pour la politique de conflit d'intérêt.

Article 11 Où pouvez-vous trouver des informations concernant la politique de segmentation tarifaire ?

Pour établir la tarification de la couverture du risque, l'Assureur a recours à différents critères statistiques.

Vous trouverez plus d'informations concernant notre politique de tarification sur :
<http://www.bnpparibascardif.be/fr/pid3141/segmentatie.html>

Article 12 Où pouvez-vous vous adresser pour introduire une plainte à propos de cette police ?

Si vous avez une plainte concernant cette police, vous pouvez la signaler via le site www.bnpparibascardif.be.
 Ou envoyez-nous un courrier, à notre service réclamations. L'adresse est :

Cardif Assurance Vie, Quality & Control, Gestion des plaintes -
 Chaussée de Mons 1424 à 1070 Bruxelles - Tél : 02/528 00 03 -
gestiondesplaintes@cardif.be

Si nous n'arrivons pas à nous arranger, vous pouvez également transmettre une réclamation concernant cette police à :

Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles
 (info@ombudsman.as - www.ombudsman.as)

Même si vous introduisez une plainte auprès du médiateur, vous gardez la possibilité de lancer une action en justice.

Article 13 Que se passe-t-il en cas de litige ?

Seuls les tribunaux belges sont compétents pour les litiges concernant cette police.

Article 14 Quelles sont les règles fiscales et légales d'application sur cette police ?

Les lois et les règles belges pour les assurances vie sont d'application sur cette police.

Tant les primes que vous payez que les revenus qui découlent de cette assurance peuvent être taxés. Pour les primes, vous bénéficiez d'avantages fiscaux.

Primes

Les règles fiscales du pays où est établie la personne morale sont d'application.

Revenus

Les règles fiscales du pays où le bénéficiaire habite et/ou les lois du pays où il reçoit des revenus taxables sont d'application.

Droits de succession

La législation fiscale de l'endroit où la personne décédée habitait et/ou les lois de l'endroit où demeure le bénéficiaire est d'application.

Dispositions pour la garantie principale 'Décès'

Pour cette garantie, les dispositions des articles 1 à 14 inclus sont également d'application pour autant qu'elles ne soient pas contredites par les conditions spécifiques que vous trouverez ci-dessous.

Article 15 Que comprend cette garantie ?

Si l'assuré décède pendant la durée de cette police, nous payons au bénéficiaire en cas de décès le montant qui se trouve dans les conditions particulières.

Article 16 Quand ne payons-nous pas ?

Nous ne payons pas le capital décès quand l'assuré décède dans les conditions suivantes :

- un suicide pendant la première année de la police.
 Si l'assuré se suicide pendant la première année qui suit l'augmentation des capitaux assurés, alors nous ne tenons pas compte dans l'indemnité de cette augmentation de capital assuré.
- un acte intentionnel de votre part, de l'assuré ou d'un des bénéficiaires. Nous ne payons pas non plus si ces personnes en ont été les instigatrices.
- une condamnation à la peine de mort.
- un crime ou un délit commis sciemment par l'assuré en tant qu'auteur ou co-auteur et dont il peut prévoir les conséquences.
- un accident d'avion, si :
 - o l'assuré est un membre de l'équipage ;
 - o l'avion ne peut transporter ni des personnes ni des marchandises ;
 - o l'accident se produit avec un avion militaire, sauf s'il peut transporter des personnes au moment de l'accident ;
 - o l'avion transporte des biens stratégiques dans une zone ennemie ou de rébellion ;
 - o l'avion se prépare ou participe à une compétition ;
 - o l'avion effectue un vol d'essai ;
 - o l'avion est du type 'ULM'
- une guerre à l'étranger ou une guerre civile.

Nous ne payons pas non plus d'indemnité si l'assuré participe activement aux hostilités et décède. Dans certains cas justifiés, le risque de guerre peut être assuré dans une convention particulière. Il faut dans ce cas une autorisation de l'autorité de contrôle des assurances, à savoir la FSMA et/ou la BNB.

- le séjour de l'assuré dans un pays où un conflit armé se produit auquel il participe activement.
- une participation volontaire et active de l'assuré à l'insurrection, au soulèvement populaire, à la politique commune, à des combats sociaux ou idéologiques, qu'il y ait ou non rébellion contre les autorités.
- à moins qu'il n'en soit convenu autrement, les sports spécifiques suivants ne sont pas couverts qu'ils soient exercés comme amateur ou professionnel :
 - o tout sport dans un contexte de compétition en tant que professionnel ;
 - o la spéléologie ;
 - o le parachutisme ;
 - o le parapente ;
 - o le saut à l'élastique ;
 - o l'alpinisme ou l'escalade en milieu naturel.

Si l'assuré décède à la suite d'une de ces causes, nous ne payons pas le montant assuré prévu, mais uniquement la valeur théorique de rachat limité au capital décès assuré.

Le montant va aux bénéficiaires sauf si ceux-ci ont intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou l'ont sciemment suscité, auquel cas ils ne reçoivent rien.

Article 17 Qu'en est-il du rachat de la réserve ?

Versement de la valeur de rachat à l'assuré

Le preneur d'assurance cède à l'assuré le droit de rachat du contrat d'assurance avec effet à la date du départ de l'assuré.

Rachat par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance ne peut opérer le rachat de la réserve (dans son intégralité) qu'au profit de l'assuré et dans le but de transférer cette réserve vers un autre organisme de pension agréé. L'indemnité de rachat ne peut être directement ou indirectement mise à charge (de la réserve acquise) de l'assuré.

Article 18 Comment puis-je mettre fin à ma police d'assurance ou la laisser s'éteindre ?

Vous pouvez décider de ne plus payer de primes mais vous devez en informer l'assuré.

Il y a deux possibilités :

- soit vous rachetez la police

Cela signifie que la police cesse d'exister.

Nous vous payons alors la valeur de rachat théorique moins une indemnité de 5 %.

L'indemnité minimale de rachat est de 75,00 €. Ce montant est indexé comme déterminé dans l'art. 6.

L'indemnité de rachat diminue dans les cinq dernières années de la police d'1% par an.

Pour racheter votre police, vous nous envoyez une lettre signée et datée. En annexe à cette lettre, vous joignez votre exemplaire de la police, une copie de votre carte d'identité et l'accord écrit du bénéficiaire qui a accepté le bénéfice du contrat. Ce dernier est généralement l'institution de crédit chez qui vous avez conclu un crédit.

Votre police s'arrête dès que vous marquez votre accord avec le paiement de la valeur de rachat.

- ou bien vous réduisez la police

Cela signifie que vous ne payez plus de prime, mais que la police reste existante avec une valeur réduite, en d'autres mots, que le capital assuré diminue.

Si la valeur de votre police au moment de la réduction est de moins de 123,95 € (indexée comme déterminé dans l'article 6), alors nous mettons automatiquement fin à votre police.

Vous pouvez alors expressément vous y opposer.

Vous ne pouvez pas racheter ou réduire votre police si :

- vous devez payer des primes pendant plus de la moitié de la durée de la police ;
- une loi ou un règlement interdit un rachat ou une réduction.

Vous ne pouvez pas recevoir d'avance sur votre police.

Article 19 Comment puis-je activer de nouveau une police réduite ou rachetée ?

Vous pouvez de nouveau réactiver une police rachetée en nous reversant la valeur de rachat dans les trois mois suivant le rachat. Le montant assuré est alors le même que lors du rachat. Nous déterminons les nouvelles primes sur la base de la valeur de rachat théorique que votre garantie avait lors du rachat.

Vous pouvez de nouveau activer une police réduite dans les trois ans suivant la réduction. La prestation assurée est alors la même que celle au jour de la réduction.

Avant toute réactivation, nous analyserons le risque. Vous payez les frais de cette analyse et c'est uniquement quand elle est favorable que nous pouvons également réactiver la police. Pour déterminer la prime, nous tenons compte de l'âge de l'assuré et de la valeur théorique assurée de votre garantie lors de la réactivation.

Article 20 Quand ma garantie se termine-t-elle ?

Votre garantie se termine :

- à la date qui figure dans les conditions particulières ;
- si l'assuré décède ;
- dès que vous marquez votre accord sur le paiement de la valeur de rachat ;
- si vous ne payez pas vos primes à temps ;
- si vous résiliez votre police par une lettre recommandée.

Article 21 Les primes peuvent-elles changer ?

Lors de la conclusion de la police, vous pouvez choisir :

- soit une prime qui est garantie pendant toute la durée de la police
- soit une prime qui est uniquement garantie pendant les trois premières années d'assurance.

Si vous optez pour la dernière option, nous le mentionnons dans les conditions particulières et nous avons le droit d'augmenter ou de diminuer les primes après la troisième année d'assurance.

Nous adaptons les primes uniquement si les nouvelles statistiques de mortalité ont considérablement changé ou si la législation ou l'instance de contrôle compétente nous y oblige. L'adaptation se fait pour toutes les polices d'assurance avec les mêmes conditions, jamais uniquement pour la vôtre.

Nous vous avertissons par lettre quand les primes sont adaptées.

Si vous ne marquez pas votre accord, alors vous avez trente jours pour réagir. Nous mettons fin à votre police trente jours après votre réaction.

Si vous ne réagissez pas, alors nous adaptons la prime.

Article 22 Comment peut-on modifier le contrat d'assurance et quand prend-il fin ?

Vous pouvez modifier le contrat d'assurance ou y mettre fin si vous respectez les dispositions légales et d'autres conventions éventuelles y afférents. Il ne peut cependant en aucun cas être porté atteinte au caractère acquis de la réserve constituée par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation du contrat d'assurance et les primes déjà échues à ce moment.

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire, vous ne

pouvez procéder à la diminution ou la cessation unilatérale du contrat d'assurance que si au moins une des circonstances suivantes se produit:

- lorsqu' une évolution de la jurisprudence, des dispositions légales, réglementaires ou autres ou toute situation de fait donnent lieu, directement ou indirectement à une augmentation du coût du contrat d'assurance pour le preneur d'assurance.
- lorsque la législation en matière de sécurité sociale, dont le contrat d'assurance constitue un complément, subit de profondes modifications;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien du contrat d'assurance (sous sa forme inchangée) n'est, selon l'avis motivé du preneur d'assurance, plus compatible avec une gestion saine de son entreprise;
- en cas de non-respect de limites fiscales;
- en cas de modification substantielle de la structure de rémunération de l'assuré.

Le preneur d'assurance informe toujours préalablement l'assuré de toute modification ou de la cessation du contrat d'assurance. Toute modification apportée au contrat d'assurance requiert en principe l'accord de l'assureur.

Article 23 Que se passe-t-il si l'assuré quitte l'entreprise ?

En cas de départ de l'assuré avant le terme du contrat d'assurance, il est immédiatement mis fin au paiement des primes. Par départ, il faut entendre toute circonstance, autre que le décès, par laquelle, quelle qu'en soit la raison, l'assuré n'a plus, temporairement ou non, la qualité de dirigeant d'entreprise indépendant dans l'entreprise du preneur d'assurance.

Si, par la suite, l'assuré acquiert de nouveau la qualité de dirigeant d'entreprise indépendant dans la même entreprise, ceci n'entraîne pas la remise en vigueur du contrat d'assurance.

Dans ce cas, l'assuré peut, sous les conditions et selon les modalités à convenir avec l'assureur, poursuivre totalement ou partiellement à titre personnel les couvertures jusqu'au terme au plus tard et ce, dans l'éventail de produits qu'offre l'assureur en assurances individuelles.

Si une assurance individuelle est ainsi conclue dans un délai d'un mois après que les couvertures ont pris fin et pour autant que le montant de ces couvertures 'poursuivies' à titre personnel n'excède pas leur dernier montant assuré dans le cadre du contrat d'assurance, l'assureur n'applique pas de conditions d'acceptation sur le plan médical pour l'acceptation de ce risque.

Article 24 Puis-je obtenir une participation bénéficiaire ?

Cette police n'octroie aucune indemnité si l'assuré vit encore à la date de fin. On ne prévoit pas non plus de participation bénéficiaire.

Dispositions relatives à la garantie complémentaire **'Incapacité totale de travail'**

Pour cette garantie, les dispositions des articles 1 à 14 inclus sont également d'application pour autant qu'ils ne soient pas contredits par les conditions spécifiques que vous trouverez ci-dessous.

Article 25 Que comprend cette garantie ?

Si vous avez choisi cette garantie et que l'assuré est en incapacité totale de travail en raison d'une maladie ou d'un accident, nous lui versons l'indemnité mensuelle qui se trouve dans les conditions particulières, et ce pendant la durée de la police, pour autant que le délai d'attente et le délai de carence soient dépassés.

Nous payons au maximum 36 indemnités mensuelles par maladie ou accident.

Si l'assuré reprend le travail et est de nouveau inapte au travail dans les trois mois, suite à la même maladie ou accident, alors nous ne tenons plus compte du délai de carence.

La condition est cependant que pour cette maladie ou cet accident, nous n'ayons pas encore payé 36 mois d'indemnités.

Les indemnités sont réduites des taxes éventuelles d'application.

Article 26 Que se passe-t-il si je n'informe pas l'assureur ou pas correctement ?

Si, de manière non-intentionnelle, vous passez sous silence certaines informations ou transmettez des informations incorrectes, nous pouvons réduire les montants assurés pendant les deux premières années :

- de la durée de la police ;
- après la réactivation de la police ;
- après l'augmentation des montants assurés.

Si nous réduisons les montants assurés, nous tenons compte de la prime supplémentaire que nous aurions demandé si nous avions reçu l'information correcte.

Si, moyennant l'information correcte, nous avons refusé la garantie, nous n'indemnisons pas le bénéficiaire en cas de sinistre et nous vous remboursons les primes versées.

Article 27 Quand ne payons-nous pas ?

Nous ne payons pas les indemnités si l'assuré est en incapacité totale de travail pour une des causes citées à l'article 16.

Nous ne payons pas non plus si :

- l'assuré n'exerce pas une activité professionnelle rémunérée au moment de l'incapacité totale de travail;
- l'incapacité de travail est la conséquence :
 - o d'une tentative de suicide de l'assuré ;
 - o d'un acte volontaire de l'assuré, d'un bénéficiaire, sauf en cas d'acte destiné à porter assistance à des personnes ou des biens en danger ;
 - o d'une catastrophe naturelle ;
 - o d'une contamination par le virus VIH et ses conséquences ;
 - o de troubles psychiques, c'est-à-dire tous les troubles existants décrits dans le DSM-IV TR;
 - o d'un état de santé déficieux ou une maladie qui existait déjà avant que la police ne commence à courir ou avant que les garanties ne soient augmentées ;
 - o d'une affection de la colonne vertébrale ;
 - o des opérations cosmétiques et/ou de traitements sauf s'ils sont médicalement nécessaires après une mutilation par un accident.

Article 28 Que se passe-t-il en cas de rachat ou de réduction de ma police ?

Il n'y a aucune valeur de rachat ou valeur de réduction pour la garantie complémentaire 'incapacité totale de travail'.

Article 29 Quand payons-nous les indemnités ?

Nous payons l'indemnité chaque mois.

Le premier paiement se fait après le premier mois complet d'incapacité totale de travail suivant le délai de carence.

Nous ne payons l'indemnité que pour des mois complets.

Article 30 Quand les indemnités sont-elles arrêtées ?

Les indemnités ne sont plus payées :

- si l'assuré reprend le travail ;
- si l'assuré n'est plus en incapacité totale de travail ;
- si l'assuré décède ;
- dès que nous avons payé 36 mois d'indemnités ;
- le mois suivant celui où l'assuré est pensionné ;
- au 60ème anniversaire de l'assuré ;
- si l'assuré arrête de travailler pour d'autres raisons que des raisons médicales.

Article 31 Quand ma garantie se termine-t-elle ?

La garantie se termine :

- quand la garantie principale s'arrête ;
- à la fin du mois dans lequel l'assuré part en pension ou à l'âge de 60 ans ;
- si vous arrêtez la garantie complémentaire ;
- si vous ne payez pas les primes de la garantie principale.

Article 32 Les primes peuvent-elles changer ?

Nous pouvons adapter des primes. Les primes changent effectivement à partir du quatrième mois suivant l'adaptation. Nous vous avertissons au moins quatre mois avant l'échéance annuelle de votre police.

Vous pouvez refuser l'augmentation de prime par une lettre recommandée, envoyée au moins trente jours avant l'échéance annuelle de votre police d'assurance.

Conditions générales d'application au service 'Deuxième avis médical'

Le service "Deuxième avis médical" est compris dans votre police Hypo Protect Classic ou Hypo Protect 2win. Ce service vous est proposé gratuitement par BNP Paribas Cardif et est réalisé par MediGuide, conformément aux présentes conditions générales.

Le service "Deuxième avis médical" commence le jour de l'entrée en vigueur de la police Hypo Protect Classic ou Hypo Protect 2win pour une durée similaire à celle-ci. Si la police prend fin, le service « Deuxième avis médical » se termine également BNP Paribas Cardif peut en outre à tout moment mettre fin au service « Deuxième avis médical » moyennant un délai de préavis de trois mois.

Article 33 Quelle est la signification des termes que nous utilisons ?

a. Médecin traitant

Fait référence au médecin qui répond au niveau local aux besoins médicaux pertinents du Membre et qui est de manière générale le professionnel de la santé impliqué dans l'établissement du premier diagnostic de la maladie du Membre.

b. Jour ouvrable

Désigne un jour qui n'est pas un samedi, un dimanche ou un jour férié aux États-Unis d'Amérique ou en Belgique.

c. Heures d'ouverture

Désigne les heures d'ouverture normales du lieu de résidence du Membre. Il s'agit généralement des lundis, mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 heures à 20 heures, excepté les jours fériés.

d. Informations confidentielles

Désigne :

- toutes les informations que la partie décisionnaire identifie par écrit comme exclusives et/ou confidentielles, ou
- toute information qui, en raison de la nature des circonstances qui entourent la décision, devrait être traitée de bonne foi comme exclusive et/ou confidentielle, et
- les informations médicales, financières et autres informations personnelles d'un Membre.

e. Diagnostic

Fait référence aux observations écrites du médecin qui dispose d'une licence pour pratiquer la médecine et qui a réalisé l'examen physique du Membre. Un diagnostic doit reprendre le nom de la maladie ou de l'affection présumée.

f. Dossier médical

Désigne le dossier médical écrit relatif à un Membre, créé et mis à jour par un médecin traitant ou d'autres professionnels de la santé ou hôpitaux impliqués. Il reprend généralement un résumé écrit du diagnostic principal, un aperçu du traitement recommandé et les documents correspondants comme des radiographies, des lames pathologiques, des données d'image de synthèse, des résultats de tests en laboratoire et des informations complémentaires obtenues au fil de l'évaluation clinique.

g. Programme 'Deuxième avis médical' de MediGuide

Désigne tous les Services qui sont mis à la disposition des Membres, conformément à l'article 41 par « MediGuide » (= MediGuide Insurance Services International LLC, Delaware, États-Unis, ayant son siège social à 4001 Kennett Pike Suite 218, Greenville, Delaware 19807).

h. Membre

Désigne un assuré Cardif, admissible. Il s'agit d'une personne physique qui peut utiliser le Programme « Deuxième avis médical » de MediGuide parce qu'elle dispose d'un contrat d'assurance actif auprès de Cardif.

i. Médecin

Tout professionnel de la santé qui dispose des diplômes et autorisations requises pour pratiquer la médecine aux États-Unis d'Amérique ou dans un autre pays.

j. Maladie couverte

Désigne une maladie ou affection médicale pour laquelle le Membre peut bénéficier des Services disponibles qui sont proposés dans le cadre du Programme « Deuxième avis médical » de MediGuide, comme exposé à l'article 35.

k. Deuxième avis médical

Désigne le deuxième avis écrit d'un médecin, qui pratique la médecine au sein d'un centre médical de pointe dans le monde, qui est remis au Membre et au Médecin traitant par rapport au diagnostic et au traitement du Membre.

l. Services

Désigne les services que MediGuide fournira aux Membres en vertu du présent contrat.

m. Le niveau des services

Fait référence à l'engagement de MediGuide à l'égard des Membres par rapport à la manière dont les Services sont fournis.

n. Centre médical

Fait référence à un centre médical de pointe dans le monde qui est réputé pour son offre de soins de santé spécialisés et que la communauté médicale considère comme très respecté dans ses domaines de soins cliniques.

o. Services 'Deuxième avis médical'

Fait référence à tous les Services « Deuxième avis médical » disponibles pour les Membres, comme exposé à l'article 34.

Article 34 En quoi consistent les services 'Deuxième avis médical' ?

Services 'Deuxième avis médical' - à distance

Afin d'anticiper sur les besoins de Membres atteints d'une maladie couverte largement répandue et diagnostiquée et d'y répondre, les Membres bénéficieront des avantages et services suivants :

1. Dès que MEDIGUIDE est informée de la Maladie couverte diagnostiquée chez un Membre par un Médecin, les chercheurs identifieront les trois centres médicaux les plus réputés dans le monde pour le diagnostic et le traitement de cette maladie spécifique et la personne disponible pour répondre immédiatement à la demande du Membre.

2. Dès que le Membre a choisi le centre médical de pointe dans le monde pour répondre à sa demande, MEDIGUIDE collaborera directement avec le Médecin du Membre afin de constituer le dossier nécessaire pour transmission au centre médical de pointe sélectionné.

3. Afin de contrôler la précision du diagnostic initial, le Membre reçoit, sans frais supplémentaires, une analyse indépendante de son Dossier médical réalisée par des spécialistes médicaux du Centre médical de pointe sélectionné dans le monde.

4. Le Membre recevra également gratuitement une évaluation approfondie du plan de traitement initial proposé par les médecins spécialisés du centre médical mondial sélectionné. Elle reprend des recommandations relatives à des options thérapeutiques, des normes de soins internationales, ou des nouvelles méthodes de traitement et des méthodes de traitement éprouvées qui méritent d'être prises en considération.

5. Toutes les analyses et recommandations (le 'Deuxième avis médical') sont remises par écrit et dans les dix jours ouvrables après réception au Membre et à son Médecin traitant par le Centre médical de pointe sélectionné dans le monde pour le Dossier médical complet du Membre, ce qui implique que toutes les lois et réglementations en matière de confidentialité des informations médicales sont totalement respectées. Dans certains cas, le Deuxième avis médical écrit sera reçu plus rapidement.

6. Dans le cas peu probable où MEDIGUIDE et son coordinateur de cas médicaux ne parviennent pas à obtenir la collaboration nécessaire pour rassembler les documents médicaux requis, le Membre

sera responsable de rassembler ces documents médicaux, ainsi que les résultats des analyses médicales. MEDIGUIDE ne peut pas être tenue responsable de la fourniture d'un Deuxième avis médical si le médecin ne fournit pas de copies de tous les dossiers médicaux et résultats d'analyse relatifs à la maladie couverte ou si la clinique locale ou l'hôpital concerné(e) ne collabore pas à la fourniture des documents médicaux nécessaires relatifs à la maladie couverte.

7. MEDIGUIDE est tenue de payer tous les frais liés à la procédure du Deuxième avis médical. Elle comprend les tâches suivantes :

- Réaliser des examens axés sur la maladie spécifique pour déterminer quel Centre médical de pointe dans le monde est hautement qualifié et en mesure de répondre à temps à la demande du Membre ;
- Payer le Médecin traitant ou l'établissement de soins de santé pour retirer, copier et constituer le dossier médical du Membre (y compris les résumés et observations du médecin, les images, les résultats de test pertinents et les rapports d'examen) le plus rapidement possible ;
- Payer un service de coursier pour livrer le Dossier médical le lendemain au Centre médical de pointe sélectionné dans le monde et le renvoyer ;
- Payer tous les transferts électroniques sécurisés des dossiers médicaux et/ou images ;
- Payer les frais liés aux éventuelles téléconférences des médecins ;
- Payer le Centre médical de pointe sélectionné dans le monde afin que les documents du Membre fassent l'objet de réunions d'étude, et pour réaliser l'analyse et faire les recommandations qui en découlent ;
- Proposer ces services par un personnel administratif compétent et des centres d'appels avec du personnel médical qualifié.

Tous les services offerts aux Membres, tels que décrits ci-dessus, sont proposés aux Membres du Programme « Deuxième avis médical » de MEDIGUIDE lorsqu'une ou plusieurs maladies couvertes ont été diagnostiquées ou admises par le Médecin.

Article 35 Quand l'accès aux Services 'Deuxième avis médical' n'est-il pas possible ?

Les Services à distance du Programme 'Deuxième avis médical' de MediGuide permettent aux Membres de confirmer leur diagnostic et leur fournissent des recommandations par rapport aux options de traitement les plus adaptées pour leur affection spécifique. Les membres de MediGuide peuvent généralement demander un Deuxième avis, sauf si :

- le Membre n'a pas été diagnostiqué.

La première exigence pour que le Centre médical de pointe dans le monde puisse confirmer le diagnostic et faire des recommandations par rapport aux options de traitement appropriées pour une affection spécifique est que le membre de MediGuide ait reçu un diagnostic officiel de son médecin.

- le Membre n'a pas été examiné par un médecin au cours des douze derniers mois. Une anamnèse récente est nécessaire pour permettre aux Centres médicaux de pointe dans le monde de fournir des recommandations adaptées pour le traitement.

- le Membre a développé un état grave ou qui menace la vie.

Lorsqu'un membre MediGuide a besoin d'une assistance médicale immédiate, il doit prendre contact sans délai avec son médecin traitant et ne pas attendre le Deuxième avis médical.

Article 36 Comment faire appel aux Services 'Deuxième avis médical' ?

Disponibilité de nos services

Le service 'Deuxième avis médical' est disponible pendant les Heures d'ouverture au 0800 71 132.

Les engagements de l'assuré

- L'assuré a été examiné par un médecin au cours des douze derniers mois.
- Un dossier médical récent est nécessaire pour que les centres médicaux de pointe dans le monde puissent fournir à l'assuré des recommandations adaptées de traitement.

Article 37 Quand votre possibilité d'utiliser le service 'Deuxième avis médical' prend-elle fin ?

Votre accès au service « Deuxième avis médical » prend fin :

- à la fin de votre police Hypo Protect Classic ou Hypo Protect 2win ;
- lorsque BNP Paribas Cardif met fin à votre possibilité d'utiliser le programme 'Deuxième avis médical' de MediGuide. Le cas échéant, BNP Paribas Cardif doit respecter un délai de préavis de trois mois

Conditions générales d'application pour la garantie Cardif Assistance

La garantie Cardif Assistance est comprise dans votre police Hypo Protect Classic ou Hypo Protect 2win. Cette garantie vous est proposée gratuitement par BNP Paribas Cardif et est réalisée par Europ Assistance, conformément aux présentes conditions générales.

La garantie Cardif Assistance commence le jour de l'entrée en vigueur de la police Hypo Protect pour une durée d'un an et est à chaque fois prolongée tacitement pour une nouvelle période d'un an, sauf en cas de résiliation par l'assureur mandaté. La garantie Cardif Assistance prend quoi qu'il en soit fin, sans aucune notification préalable, lorsque la police Hypo Protect se termine.

Article 38 Définitions pour la garantie Cardif Assistance

a. L'assureur

EUROP ASSISTANCE (Belgium) SA., TVA BE 0457.247.904, RPM Bruxelles, agréée sous le numéro de code 1401 pour pratiquer les branches 01, 09, 13, 15, 16 et 18 (Assistance) (A.R. du 02.12.96, M.B. du 21.12.96) dont le siège social est établi boulevard du Triomphe 172 à 1160 Bruxelles.

b. L'assureur mandaté

CARDIF Assurances Risques Divers S.A., entreprise de droit français, ayant son siège social à 75009 Paris, 1 bd Haussmann, et une filiale en Belgique à 1070 Bruxelles, chaussée de Mons 1424, compagnie d'assurances agréée sous le numéro de code 978, RPM Bruxelles, TVA BE 0435.025.994

c. L'assuré

L'assuré/les assurés d'une police Hypo Protect Classic ou Hypo Protect 2Win, souscrite auprès de l'assureur mandaté.

d. Le Care Manager

La personne de contact spécialisée dans la prise en charge et le suivi du dossier de l'assuré.

e. Les catastrophes naturelles

Une catastrophe naturelle est un événement soudain d'origine naturelle avec des conséquences à grande échelle.

Les catastrophes naturelles sont des événements de l'atmosphère ou du sol et affectant le sol : inondations, raz-de-marée, dessèchement et dilatation des terres (sécheresse extrême), tremblements de terre, éboulements montagneux, éruptions volcaniques, glissements de terrain et affaissements, ainsi que les événements qui en découlent directement.

f. Le domicile

Le lieu en Belgique où l'assuré réside habituellement avec sa famille et est inscrit dans les registres de l'état civil. Ce lieu s'étend à tout ce qui fait partie de son domaine privé (habitation, jardin, parc, dépendances, garages, écuries, etc.).

g. La garantie

L'ensemble des prestations auxquelles l'assureur s'est engagé contractuellement. Tout montant repris dans le présent contrat (remboursement garanti, prise en charge garantie, etc.) s'applique toutes taxes comprises.

h. Le terrorisme

Par terrorisme, l'on entend : 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 et de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

i. Prestations

Les prestations ne s'appliquent qu'en Belgique.

Article 39 Les garanties

Lors du décès de l'assuré, l'assureur organise et paye :

a. Rassemblement familial

- Si l'assuré décède à l'étranger, l'assureur organise et paye le transport de la dépouille mortelle depuis l'hôpital ou la morgue jusqu'au lieu renseigné par la famille en Belgique.

L'assureur paye également :

- les frais de traitement post mortem et de mise en bière ;
- les frais relatifs au cercueil à concurrence d'un montant de 1 500 euros.

Les autres frais, notamment ceux de cérémonie et d'inhumation ou d'incinération, restent à charge de la famille.

- Afin de permettre à la famille d'assister aux obsèques de l'assuré en Belgique, l'assureur paye le retour simple de tous les membres de la famille (partenaire, père, mère, enfant, frère, sœur, grands-parents, petits-enfants, beaux-parents, beau-fils, belle-fille, beau-frère, belle-sœur) qui sont en déplacement à l'étranger au moment du décès inattendu de l'assuré.

b. Assistance psychologique

En cas de décès de l'assuré, son partenaire et ses enfants, vivant tous sous le même toit que l'assuré, peuvent bénéficier d'une assistance psychologique.

L'assureur organise et paye, après approbation de son médecin-conseil, les premières séances en Belgique avec un psychologue spécialisé agréé par l'assureur et désigné par son médecin-conseil (maximum cinq séances).

Si le partenaire et/ou les enfants sont en déplacement en dehors de la Belgique, les entretiens se feront par téléphone.

En Belgique, le psychologue contactera le partenaire dans les 24 heures qui suivent le premier appel, afin de fixer un premier rendez-vous.

c. Garde d'enfants

Lors du décès d'un assuré, qui a des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, vivant tous sous le même toit que lui, l'assureur organise et paye la garde des enfants pendant maximum cinq jours, avec un plafond de 80 euros par jour.

d. Garde d'animaux domestiques

Lors du décès de l'assuré, si aucun membre de la famille ne peut s'occuper des animaux domestiques (chiens et chats) de l'assuré, l'assureur organise et paye la garde et l'hébergement des animaux pendant maximum cinq jours, avec un plafond de 25 euros par jour.

e. Surveillance de l'habitation

Afin d'assurer la sécurité de l'habitation de l'assuré le jour de l'enterrement, l'assureur organise et paye la surveillance de l'habitation à la demande de la famille de l'assuré décédé.

f. Aide d'un Care Manager

En cas de décès de l'assuré, l'assureur organise et paye l'aide d'un Care Manager. Le Care Manager aidera le partenaire et les enfants, vivant tous sous le même toit que l'assuré, dans les démarches administratives qui doivent être entreprises (banque, courrier, mutualité, pension, emprunt, etc.) et peut organiser les services suivants, moyennant leur accord :

Tâches ménagères :

- repassage et/ou lessives
- livraison de repas
- aide-ménagère
- courses
- livraison de médicaments prescrits par le médecin

Aide à domicile :

- coiffeur
- jardinier
- pédicure
- kinésithérapeute
- transport de personnes
- babysitting
- dog-sitting
- enseignement à domicile

Les frais liés aux prestations demandées restent à charge des membres de la famille.

- La première intervention du Care Manager consiste à contacter par téléphone le partenaire de l'assuré et ses enfants le premier jour ouvrable qui suit le premier appel pour lequel les services de l'assureur ont ouvert un dossier.

- Le Care Manager examinera quel arrangement, à savoir par téléphone et/ou une visite à domicile, répond le mieux aux besoins du partenaire de l'assuré et de ses enfants.

Si une visite à domicile n'est pas indispensable, l'assureur organisera les services nécessaires de commun accord avec le partenaire de l'assuré et ses enfants.

Si une visite est nécessaire, le Care Manager prendra contact avec le partenaire de l'assuré et ses enfants afin de fixer une date et une heure pour une entrevue.

- Le Care Manager prend le dossier de l'assuré en charge, en assure le suivi, donne des conseils et, si nécessaire, organise les services ou prestations qui répondent le mieux aux besoins du partenaire de l'assuré et de ses enfants.

- L'intervention du Care Manager est limitée à 16 heures par dossier.

Le nombre d'interventions du Care Manager par dossier est limité à cinq.

g. Service d'informations

Lors du décès de l'assuré, son partenaire et ses enfants, vivant tous sous le même toit que lui, peuvent faire appel au service d'informations de l'assureur afin d'obtenir des renseignements sur :

- les adresses des services publics qui peuvent aider dans les domaines suivants :

- testament
- tutelle
- droits de succession
- assurances sociales, pension
- où le décès doit être déclaré
- allocations sociales
- bourses d'études
- allocations de logement
- allocations familiales
- garde d'enfants
- aide familiale

- les formalités en cas de décès, les instances à contacter :

- banques
- employeur
- services d'allocations
- mutualité
- compagnies d'assurances
- autres instances auprès desquelles le défunt est inscrit

Article 40 Exclusions

a. Sont exclus :

- les situations qui sont la conséquence d'un suicide dans les douze mois qui suivent la souscription du contrat ;
- les dommages causés par une catastrophe naturelle ;
- les événements découlant des conséquences d'un accident nucléaire ou du terrorisme ;
- les affections ou événements qui sont une conséquence :
 - de la consommation d'alcool, pour autant que le taux d'alcoolémie dans le sang de l'assuré dépasse 1,2 gramme par litre, sans que la consommation d'alcool soit la seule cause de l'affection ou de l'événement, ou
 - d'une consommation aiguë ou chronique de drogues ou toute autre substance qui n'a pas été prescrite par un médecin et qui altère le comportement ;
- les événements couverts dans un pays en état de guerre (civile), ou dont la sécurité est perturbée par des émeutes, mouvements populaires et autres événements fortuits empêchant l'exécution du contrat ;
- les incidents et accidents survenus au cours d'épreuves motorisées (courses, compétitions, rallyes, raids, etc.) auxquelles l'assuré participe comme concurrent ou assistant ;
- et, en général, tous les frais non expressément prévus dans le contrat

b. Circonstances exceptionnelles

L'assureur ne peut pas être tenu responsable des retards, manquements ou empêchements lors des prestations s'ils ne peuvent pas être imputés à l'assureur ou lorsqu'ils sont la conséquence d'un cas de force majeure.

L'assureur n'est pas responsable de l'interprétation des informations données, ni de l'usage que l'appelant fait des informations communiquées. Les informations sont données en français, néerlandais ou anglais.

L'assureur n'intervient en aucun cas dans les affaires courantes ou en traitement auprès des instances compétentes. L'assureur ne donne aucun avis dans les affaires judiciaires, ni sur le prix et la qualité des services et biens de consommation, et ne traite aucune question fiscale et/ou commerciale.

Article 41 Quid en cas de dommage ?

a. Disponibilité des services de l'assureur

Les services d'assistance sont joignables 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, au : 02 541.90.63

b. Assistances

Les prestations de l'assureur ne peuvent en aucun cas être financièrement lucratives pour la famille de l'assuré. Elles sont destinées à aider la famille de l'assuré, dans les limites du contrat, en cas d'urgence ou d'événements imprévus pendant la durée de la garantie.

c. Les obligations de la famille de l'assuré en cas d'assistance

La famille de l'assuré s'engage à :

- appeler ou faire prévenir l'assureur dans les plus brefs délais au 02 541.90.63, sauf en cas de force majeure, afin qu'il puisse organiser l'assistance demandée de manière optimale et autoriser la famille de l'assuré à exposer les débours garantis ;
- marquer son accord avec les solutions que l'assureur propose ;
- respecter les obligations spécifiques aux prestations demandées et reprises dans le présent contrat ;
- répondre correctement aux questions de l'assureur relatives à la survenance des événements assurés ;
- indiquer de manière détaillée à l'assureur les éventuelles autres assurances qui ont le même objet et couvrent les mêmes risques que ceux couverts par le présent contrat ;
- remettre les justificatifs originaux de ses débours à l'assureur ;
- remettre l'acte de décès à l'assureur

d. Le non-respect des obligations par la famille de l'assuré

Si la famille de l'assuré ne respecte pas ses obligations, l'assureur peut :

- réduire la prestation due ou réclamer ses débours à la famille de l'assuré, à concurrence de son préjudice ;
- refuser la prestation due ou réclamer la totalité de ses débours à la famille de l'assuré, si celle-ci n'a pas respecté ses obligations dans une intention frauduleuse.

Article 42 Début, durée et fin de la garantie Cardif Assistance

La garantie Cardif Assistance commence le jour de l'entrée en vigueur de la police Hypo Protect pour une durée d'un an et est à chaque fois prolongée tacitement pour une nouvelle période d'un an, sauf en cas de résiliation par l'assureur mandaté au moins trois mois avant l'échéance. La garantie Cardif Assistance prend quoi qu'il en soit fin, sans aucune notification préalable, lorsque la police Hypo Protect se termine.

La garantie Cardif Assistance peut être résiliée par lettre recommandée.

La résiliation prend effet après un délai d'au moins un mois à compter du lendemain de la remise de la lettre recommandée.

Article 43 Cadre juridique

a. Subrogation

L'assureur est subrogé aux droits et actions de l'assuré envers tout tiers responsable à concurrence de ses débours.

Excepté en cas d'actes de malveillance, l'assureur ne peut pas se retourner contre les descendants, ascendants, partenaire, alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes qui vivent sous le même toit, les hôtes et membres du personnel domestique. L'assureur peut toutefois se retourner contre ces personnes si leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

b. Reconnaissance de dettes

L'assuré s'engage à rembourser dans un délai d'un mois à l'assureur les frais pour les prestations qui ne sont pas garanties par le contrat et que l'assureur a consenti comme acompte à l'assuré.

c. Prescription

Tous les actes qui découlent du présent contrat sont prescrits trois ans après l'événement qui y a donné lieu.

d. Juridiction

Tous les litiges relatifs au présent contrat sont exclusivement réglés par les tribunaux belges compétents.

e. Droit applicable

Le présent contrat est régi par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (M.B. 30 avril 2014).

f. Plaintes

Toute plainte relative au contrat de garantie Cardif Assistance peut être adressée à :

- Europ Assistance Belgium SA à l'attention du Complaints Officer, boulevard du Triomphe 172 à 1160 Bruxelles (complaints@europ-assistance.be), tél. : 02/541.90.48 du lundi au jeudi de 10 h à 12 h et de 14 h à 16 h,

ou à

- l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

g. Protection de la vie privée

Europ Assistance traite vos données conformément aux règlements et directives nationaux et européens. Vous pouvez retrouver toutes les informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel dans notre déclaration de confidentialité.

Elle est disponible sur www.europ-assistance.be/fr/privacy. Cette déclaration de confidentialité reprend notamment les informations suivantes :

- les coordonnées du délégué à la protection des données (DPD) ;
- les finalités du traitement de vos données à caractère personnel ;
- les intérêts légitimes pour le traitement de vos données à caractère personnel ;
- les tiers qui peuvent recevoir vos données à caractère personnel ;
- la durée de conservation de vos données à caractère personnel ;
- la description de vos droits par rapport à vos données à caractère personnel ;

- la possibilité d'introduire une plainte relative au traitement de vos données à caractère personnel.

h. Fraude

Toute forme de fraude de la part de l'assuré dans l'établissement de la déclaration ou dans les réponses aux questionnaires implique que l'assuré perd tous ses droits vis-à-vis de l'assureur.

Chaque document doit donc dûment et soigneusement être rempli. L'assureur se réserve le droit de faire poursuivre l'assuré fraudeur par les tribunaux compétents.

i. Sanctions

Europ Assistance ne pourra exécuter aucune obligation pour ou au nom d'une personne, d'une entité, d'un territoire, d'un pays ou d'une organisation qui relève de la politique en matière de sanctions des Nations Unies, de l'Europe ou de la Belgique ou tout autre régime de sanctions applicable (limitation, embargo, gel des avoirs ou contrôle), et plus particulièrement une activité qui se rapporte directement ou indirectement à l'un des pays ou territoires suivants : la Corée du Nord, le Soudan, la Syrie, la Crimée, l'Irak et l'Afghanistan.

Il est convenu et entendu qu'aucun service ou paiement en lien direct ou indirect avec une personne, une entité, un territoire, un pays ou une organisation sanctionné(e) ne peut être réalisé par Europ Assistance. Aucune obligation contractuelle ne peut avoir pour objectif ou conséquence d'enfreindre les règles relatives aux sanctions. Le non-respect d'une obligation contractuelle dans ce contexte ne peut entraîner aucune responsabilité ou obligation d'indemnisation pour non-respect de cette obligation contractuelle.

1. Introduction

Dans le cadre de la relation d'assurance, et en tant que responsable du traitement, l'Assureur doit obtenir du Titulaire de la police des données à caractère personnel qui sont protégées par le Règlement général (UE) sur la protection des données n° 2016-679 (RGPD).

Les données à caractère personnel demandées par l'Assureur sont obligatoires. Si les données à caractère personnel demandées par l'Assureur sont facultatives, ce sera indiqué au moment de leur collecte. Le refus du Titulaire de la police de fournir des données à caractère personnel qui sont obligatoires car elles sont nécessaires pour le contrat ou pour répondre aux exigences réglementaires pourrait entraîner un refus de l'Assureur de conclure le contrat.

2. Données à caractère personnel collectées

Les données à caractère personnel collectées par l'Assureur sont nécessaires :

- Pour se conformer aux obligations légales et réglementaires applicables

L'Assureur utilise les données à caractère personnel du Titulaire de la police pour se conformer aux diverses obligations légales et réglementaires, y compris :

- la prévention de la fraude à l'assurance;
- la prévention du blanchiment d'argent et du financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude fiscale, la réalisation d'un contrôle fiscal et les obligations de notification ;
- la surveillance et la communication des risques que l'institution pourrait encourir ;
- la réponse à une demande officielle d'une autorité publique ou judiciaire dûment autorisée.

- Pour l'exécution d'un contrat avec le Titulaire de la police ou pour prendre des mesures à sa demande, avant de conclure un contrat

L'Assureur utilise les données à caractère personnel du Titulaire de la police pour conclure son contrat et l'exécuter, y compris :

- la définition du profil de risque d'assurance du Titulaire de la police et des frais correspondants ;
- la gestion des déclarations de sinistre et le respect des garanties du contrat;
- la fourniture au Titulaire de la police d'informations concernant les contrats de l'Assureur ;
- l'assistance et la réponse aux demandes;
- l'évaluation du fait que l'assureur peut proposer un contrat d'assurance ou pas et dans quelles conditions.

- Pour tenir compte d'un intérêt légitime

L'Assureur utilise les données à caractère personnel du Titulaire de la police pour déployer et développer ses contrats d'assurance, pour améliorer sa gestion des risques et pour défendre ses intérêts légaux, y compris :

- la preuve de paiement de la prime ou cotisation ;
- la prévention de la fraude ;
- la gestion IT, y compris la gestion des infrastructures (par ex. : plates-formes partagées), la continuité des activités et la sécurité informatique ;
- l'établissement de modèles statistiques individuels basés sur l'analyse du nombre et de la survenue de pertes, par exemple pour aider à définir

- le score de risque d'assurance du Titulaire de la police ;
 - l'établissement de statistiques agrégées, de tests et de modèles pour la recherche et le développement, afin d'améliorer la gestion des risques du groupe de sociétés de l'Assureur ou afin d'améliorer les produits et services existants ou d'en créer de nouveaux;
 - le lancement de campagnes de prévention, par exemple la création d'alertes relatives à des catastrophes naturelles ou des dangers de la route ou de la circulation;
 - la formation du personnel de l'Assureur en enregistrant les appels téléphoniques reçus et passés par ses call centers ;
 - la personnalisation de l'offre de l'Assureur pour le Titulaire de la police et de celle d'autres entités de BNP Paribas par :
 - o l'amélioration de la qualité de ses contrats d'assurance ;
 - o la publicité relative à ses contrats d'assurance qui correspondent à la situation et au profil du Titulaire de la police.
- Cela peut être atteint :
- en segmentant les prospects et les clients de l'Assureur ;
 - en analysant les habitudes et les préférences du Titulaire de la police dans les divers canaux de communication mis à disposition par l'Assureur (e-mails ou messages, visites sur les sites Internet de l'Assureur, etc.);
 - en partageant les données du Titulaire de la police avec une autre entité de BNP Paribas, en particulier si le Titulaire de la police est – ou doit devenir – un client de cette autre entité ; et
 - en harmonisant les données des contrats d'assurance du Titulaire de la police qu'il a déjà souscrits ou pour lesquels il a reçu une offre de prix avec d'autres données que l'Assureur détient à son propos (par exemple, l'Assureur peut identifier que le Titulaire de la police a des enfants, mais pas encore d'assurance familiale).
- l'organisation de concours, loteries et campagnes promotionnelles.

3. Qui peut accéder aux données ?

Les données à caractère personnel du Titulaire de la police peuvent être agrégées dans des statistiques anonymisées qui peuvent être proposées aux entités du Groupe BNP Paribas pour les aider à développer leur activité. Dans ce cas, les données à caractère personnel du Titulaire de la police ne seront jamais dévoilées et les destinataires de ces statistiques anonymisées ne seront pas à même de vérifier son identité.

Pour satisfaire aux finalités susmentionnées, l'Assureur dévoile uniquement les données à caractère personnel du Titulaire de la police aux personnes et entités suivantes:

- son personnel chargé de la gestion des contrats du Titulaire de la police ;
- ses intermédiaires et partenaires dans la gestion de contrats d'assurance ;
- les co-assureurs, réassureurs et fonds de garantie;
- les parties intéressées au contrat d'assurance, comme :
 - o les titulaires du contrat, les souscripteurs et les parties assurées ainsi que leurs représentants ;
 - o les cessionnaires du contrat et les bénéficiaires d'une subrogation ;
 - o les personnes responsables d'incidents, les victimes, leurs représentants et les témoins.
- les organismes de Sécurité sociale lorsqu'ils sont concernés par la déclaration de sinistre ou lorsque l'Assureur fournit une allocation en complément des allocations sociales ;
- les entités du Groupe BNP Paribas (par exemple, le Titulaire de la police peut bénéficier de la gamme complète de produits et services du Groupe);
- ses prestataires de services ;
- les partenaires bancaires, commerciaux et d'assurances ;
- les autorités financières ou judiciaires, arbitres et médiateurs, organismes

de l'État ou organes publics, sur demande et dans les limites autorisées par la loi ;

- certains professionnels réglementés tels que les professionnels des soins de santé, les avocats, les notaires, les fiduciaires et les auditeurs.

En cas de transferts internationaux en provenance de l'Espace économique européen (EEE), lorsque la Commission européenne a reconnu qu'un pays hors EEE fournit un niveau adéquat de protection des données, les données à caractère personnel du Titulaire de la police seront transférées sur cette base. Dans cette situation, aucune autorisation spécifique n'est nécessaire.

Pour les transferts vers des pays hors EEE dont le niveau de protection n'a pas été reconnu par la Commission européenne, l'Assureur comptera sur une dérogation applicable à la situation spécifique (par exemple, si le transfert est nécessaire pour réaliser notre contrat avec le Titulaire de la police comme lorsqu'on effectue un paiement international) ou mettra en œuvre l'une des protections suivantes pour garantir la sécurité des données à caractère personnel du Titulaire de la police :

- les clauses contractuelles types approuvées par la Commission européenne ;
- le cas échéant, les règles d'entreprise contraignantes (pour les transferts au sein du groupe).

4. Plus d'infos et contact

Si le Titulaire de la police souhaite recevoir de plus amples informations sur le traitement de ses données à caractère personnel par l'Assureur, il/elle peut consulter la Notice « *Protection des données* » directement disponible à l'adresse suivante :

<http://www.bnpparibascardif.be/fr/pid3874/protection-des-donnees-personnelles.html>

Cette Notice contient toutes les informations relatives aux traitements des données à caractère personnel que l'Assureur, en tant que responsable du traitement, doit fournir au Titulaire de la police. Cela comprend les catégories de données à caractère personnel traitées, leur durée de conservation ainsi que les droits du Titulaire de la police à cet égard.

Pour toute réclamation ou demande d'information, le Titulaire de la police peut prendre contact :

- d'abord avec le correspondant à la protection des données local de l'Assureur en envoyant un e-mail à l'adresse :
dpocardifbe@cardif.be,

ou un courrier ordinaire à l'adresse :

BNP Paribas CARDIF – Délégué à la protection des données local
Chaussée de Mons 1424,
1070 Bruxelles – Belgique

- avec le Délégué à la protection des données (DPO, Data Protection Officer) du groupe BNP Paribas Cardif en envoyant un e-mail à l'adresse :

group_assurance_data_protection_office@bnpparibas.com,

ou un courrier ordinaire à l'adresse:

BNP Paribas Cardif
Jérôme CAILLAUD, DPO
8, rue du Port - 92728 Nanterre - France

5. Données à caractère personnel sensibles

Notamment lors de la déclaration d'un sinistre, il est parfois possible que le Titulaire de la police doive fournir à l'Assureur des données relatives à son état de santé.

Le Titulaire de la police accepte officiellement que les données relatives à son état de santé puissent être traitées par l'Assureur aux seules fins de gestion du contrat d'assurance.

Lorsqu'il contracte la police, il est parfois possible que le Titulaire de la police doive fournir à l'Assureur des données relatives à son état de santé, par exemple lorsqu'il complète une déclaration de bonne santé, un questionnaire médical ou lorsqu'il accomplit des formalités médicales.

Le Titulaire de la police accepte officiellement que les données relatives à son état de santé puissent être traitées par l'Assureur aux seules fins de conclusion du contrat d'assurance.