

■ Conditions Générales

Assurance Accidents Individuelle des Jeunes et Maladies Graves

Préambule

Objet du contrat

Le contrat "Individuelle des Jeunes + Maladies graves" vous protège ainsi que vos enfants, contre les conséquences financières d'un accident dont ils seraient victimes.

Votre contrat se compose de deux parties

1. Les **conditions générales** qui constituent le règlement du contrat. Elles précisent les engagements réciproques de la compagnie, du preneur d'assurance et de l'assuré.
2. Les **conditions particulières** qui mentionnent les données du contrat qui vous sont personnelles. Elles précisent les garanties souscrites, les montants assurés et la prime à payer.

Que faire en cas de sinistre ?

Si vous êtes impliqué dans un accident, vous devez suivre les instructions du chapitre II, 1.C.

Où pouvez-vous vous renseigner ?

Si vous avez des questions ou des problèmes relatifs à ce contrat ou à un sinistre, vous pouvez toujours vous adresser à votre courtier ou à nos services. N'hésitez pas à les consulter, ils mettront tout en oeuvre pour vous servir au mieux.

Si votre problème n'est pas résolu, vous pouvez vous adresser par écrit à :

AG Insurance sa
Service de l'Ombudsman
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles
E-mail : ombudsman@aginsurance.be

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez, sans préjudice de votre droit d'exerce

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
www.ombudsman.as

La loi belge est applicable au présent contrat qui est notamment régi par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Table des matières	Chapitre I : Individuelle des Jeunes + Maladies graves	Pages
	Que couvre l'assurance ?	3
	Où êtes-vous assuré ?	3
	Quand êtes-vous assuré ?	3
	Quelles formules peut-on souscrire ?	3
	Quel est l'étendue des garanties ?	3
	Quels sont les sports couverts ?	6
	Moyens de transport	6
	Le risque "service militaire"	7
	Dans quels cas la garantie ne s'applique-t-elle pas ?	7
	Indexation	8
	Vie professionnelle	8
	Conditions d'indemnisation	8
	Terrorisme	8
	 Chapitre II : Dispositions administratives	
	Quelles sont les obligations du preneur et de l'assuré ?	10
	A partir de quel moment la compagnie couvre-t-elle le risque ?	12
	Quelle est la durée du contrat ?	12
	Quand le preneur doit-il payer la prime ?	12
	Quand peut-on mettre fin au contrat ?	13
	Selon quelles formes les parties doivent-elles mettre fin au contrat ?	13
	Que se passe-t-il en cas de modifications des conditions d'assurance et/ou des primes ?	14
	Expertise	14
	Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance ?	14
	Pluralité des assurés	14
	Domiciliation	15
	 Lexique	 16

CHAPITRE I : INDIVIDUELLE DES JEUNES + MALADIES GRAVES

1. Que couvre l'assurance ?

- A. Les frais de traitements, de recherches, de rapatriement, de rattrapage scolaire et de transport ;
- B. L'invalidité permanente ;
- C. Le décès.

2. Où êtes-vous assuré ?

Dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique.

3. Quand êtes-vous assuré ?

La compagnie garantit les accidents corporels et les maladies graves survenus au cours de la vie privée de l'assuré, au cours de ses activités scolaires ou pendant le temps consacré à son apprentissage. Sont en plus couverts les accidents survenus au cours d'une activité professionnelle pendant les vacances scolaires de l'étudiant ou de l'enfant ou pendant les périodes de congé dont l'apprenti bénéficie en exécution de la législation sur les vacances annuelles.

4. Quelles formules peut-on souscrire ?

Trois formules peuvent être souscrites en fonction de statut de l'assuré :

- la formule "enfant" : qui s'applique aux enfants, de la naissance à 18 ans, à l'exclusion de ceux qui exercent une profession ou qui sont sous contrat d'apprentissage ;
- la formule "étudiant" : qui s'applique aux étudiants âgés de 18 à 25 ans, à l'exclusion de ceux qui exercent une profession ou qui sont sous contrat d'apprentissage. La preuve de la qualité d'étudiant sera apportée par l'attribution des allocations familiales en raison des études entreprises ;
- la formule "apprenti" : qui s'applique aux jeunes de moins de 25 ans se trouvant sous contrat d'apprentissage.

Si le preneur n'a pas signalé le changement de statut de l'assuré en temps voulu, il sera procédé comme prévu au point 1.B. du chapitre II.

5. Quelle est l'étendue des garanties ?

A. FRAIS DE TRAITEMENT, DE RECHERCHES, DE RAPATRIEMENT, DE RATTRAPAGE SCOLAIRE ET DE TRANSPORT

La compagnie rembourse jusqu'à concurrence du montant assuré et jusqu'à la consolidation des lésions mais au maximum pendant trois ans :

- tous les frais de traitement médicalement nécessaire, presté ou prescrit par un médecin légalement autorisé à pratiquer ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les frais de prothèse ;
- les frais d'orthopédie ;
- les frais de chirurgie esthétique ;
- les frais de transport approprié.

Si l'assuré bénéficie, pour l'accident, de remboursement en vertu de la législation sur la Sécurité sociale, les maladies professionnelles, les accidents du travail ou d'autres contrats d'assurance personnels, familiaux ou groupe, le montant total assuré en frais de traitement sera majoré de 50 %.

Pour chaque sinistre, la compagnie rembourse à l'assuré la différence entre les frais encourus et lesdits remboursements, **à la condition que cette différence soit supérieure à 12,39 EUR ; si cette différence est inférieure à 12,39 EUR aucune indemnité ne sera due.**

En plus, la compagnie prend en charge :

- le remboursement des frais de recherches et de sauvetage considérablement exposés en vue de sauvegarder la vie de l'assuré ;
- le remboursement des frais supplémentaires de rapatriement exposés par l'assuré, s'il est incapable de rentrer chez lui dans les conditions normales de son voyage. Une attestation médicale justificative est requise.

Les frais précités sont payés jusqu'à concurrence du tiers du montant de base assuré en frais de traitement.

La compagnie qui a payé les frais précités, est subrogée, à concurrence du montant de ceux-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage.

- les frais de rattrapage scolaire

Dans les frais de traitement sont également compris les frais indirects dont le montant est précisé aux conditions particulières, que la compagnie s'engage à payer par journée d'hospitalisation, pour autant que la durée de celle-ci dépasse 48 heures, et par journée d'inactivité totale forcée consécutive à cette hospitalisation. Cette garantie est accordée pendant une durée maximum de 100 jours. La période d'inactivité forcée consécutive à l'hospitalisation doit, pour donner lieu au paiement, être imputée sur une période d'activité scolaire et cette garantie n'est donc acquise que si l'assuré a le statut d' "enfant" ou d' "étudiant".

- les frais de transport des parents

Dans les limites de la garantie frais de recherches, de sauvetage et de rapatriement, la compagnie prend également en charge les frais de transport aller et retour considérablement exposés par le père ou la mère pour rejoindre leur enfant immobilisé à l'étranger, lorsque le rapatriement est médicalement impossible, que l'enfant n'est accompagné ni de son père ni de sa mère et que la présence de l'un d'eux est exigée par son état de santé.

B. INVALIDITE PERMANENTE PHYSIOLOGIQUE

1) Détermination du degré d'invalidité

L'invalidité physiologique est l'atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré. Son degré est déterminé par décision médicale en fonction du Barème Officiel Belge des Invalidités sans pouvoir dépasser 100 % et sans tenir compte de la profession exercée ou des occupations de l'assuré.

Au plus tard trois ans après la date de l'accident, la consolidation des lésions est contractuellement considérée comme acquise et la compagnie paie l'indemnité en fonction du taux prévisible d'invalidité permanente.

Si un an après l'accident, l'état de santé ne permet pas encore de consolider, la compagnie paie, sur demande, une provision égale à la moitié du montant correspondant à l'invalidité permanente présumée à ce moment.

La détermination du degré de l'invalidité permanente physiologique, consécutive à une atteinte à la santé ou à une maladie grave garantie, non prévue au Barème Officiel Belge des Invalidités, sera faite par comparaison et analogie. Les invalidités éventuelles existant déjà au moment de l'accident ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité.

2) Modalité :

• invalidité physiologique cumulative

La compagnie paie lors de la consolidation des lésions, une indemnité proportionnelle au degré d'invalidité physiologique, calculée :

- sur la base du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 % ;
- sur la base du double du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité supérieure à 25 % mais n'excédant pas 50 % ;
- sur la base du triple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité supérieure à 50 % mais n'excédant pas 100 %.

• invalidité physiologique super-cumulative

La compagnie paie lors de la consolidation des lésions, une indemnité proportionnelle au degré d'invalidité physiologique, calculée :

- sur la base du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité ne dépassant pas 25 % ;
- sur la base du triple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité supérieure à 25 % mais n'excédant pas 50 % ;
- sur la base du quintuple du capital assuré, pour la part du degré d'invalidité supérieure à 50 % mais n'excédant pas 100 %.

C. LE DECES

Sauf stipulations contraire aux conditions particulières, l'indemnité est payée exclusivement :

- au conjoint de l'assuré, non séparé de corps ou de fait, à titre personnel ;
- à défaut, aux héritiers légaux de l'assuré jusqu'au quatrième degré inclusivement, à titre personnel.

Aucun accident ne donne droit simultanément aux indemnités pour le cas de décès et d'invalidité permanente ; les indemnités éventuellement payées à titre d'invalidité permanente seront déduites de celles qui deviendraient exigibles en cas de décès dû à la même cause et survenu dans le délai de 3 ans à partir du jour de l'accident.

Si l'assuré a moins de 5 ans au moment du décès, la somme payable est égale aux frais funéraires exposés à concurrence du montant maximum assuré.

6. Quels sont les sports couverts ?

La garantie s'étend à la pratique de tous les sports sous les réserves ci-après.

Sauf convention contraire :

- les prestations de la compagnie sont limitées à 50 % des indemnités contractuelles pour les accidents à survenant à l'occasion de la pratique des sports suivants :
 - ski terrestre, bobsleigh, skeleton sports de combat ou de défense (tels que boxe, karaté, judo, lutte, etc.) ;
 - football, hockey, rugby, en tant que joueur affilié à un club ;
- **La garantie n'est pas acquise pour les accidents survenant lors :**
 - **de la pratique, soit à titre professionnel, soit en compétitions officielles ou au cours d'entraînements en vue de telles épreuves, du ski terrestre, bobsleigh, skeleton et tout autre sport d'hiver, du cyclisme, des sports de combat ou de défense (tels que boxe, karaté, judo, lutte, etc.) ;**
 - **de la pratique de l'alpinisme, du parachutisme, de la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome ou ceinture lestée, de la spéléologie, du vol à voile et d'autres sports particulièrement dangereux et peu pratiqués ;**
 - **de l'utilisation, en tant que pilote, conducteur ou passager, d'un engin de locomotion à moteur au cours de compétitions ou concours, si des normes de temps ou de vitesse ont été imposées ou choisies ou au cours d'entraînements ou essais en vue de telles épreuves.**

7. Moyens de transport

La garantie est acquise si l'accident survient alors que l'assuré :

- utilise comme conducteur ou passager un moyen de transport terrestre ou maritime. Lorsque l'assuré conduit le véhicule, la garantie lui est acquise pour autant qu'il ait atteint l'âge légalement requis pour conduire ce véhicule ;
- fait usage, à titre de simple passager, de tous avions, hydravions ou hélicoptères dûment autorisés au transport de personnes, pour autant qu'il ne fasse pas partie de l'équipage ou n'exerce au cours du vol, aucune activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol. La garantie est étendue aux accidents résultant :
 - a) de la maîtrise illicite de l'appareil aérien dans lequel l'assuré se trouve ;
 - b) de la piraterie à bord de cet appareil et notamment des agressions et attentats contre l'appareil et les personnes qui s'y trouvent, qu'ils soient perpétrés au sol ou en vol ;
 - c) des attentats au moyen d'engins explosifs ou incendiaires déposés dans l'appareil, du sabotage de l'appareil.

Cette garantie n'est cependant pas acquise si l'assuré a pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.

La disparition de l'assuré en cas d'accident aérien ne pourra être une présomption de décès. Les prestations en cas de décès seront toutefois acquises si, en cas de disparition de l'appareil dans lequel se trouvait l'assuré, aucune nouvelle n'a été reçue, ni de l'appareil ni des personnes se trouvant à bord, dans les trois mois à compter du jour de la disparition.

8. Le risque "service militaire"

La garantie est acquise, sans préjudice de ce qui est stipulé dans le point 9.g) ci-après, en temps de paix pendant la durée du service militaire ou les périodes de rappel accompli dans l'armée belge, sauf le cas de mobilisation. L'assurance s'étend à toutes les prestations de service à l'exception des accidents dus aux activités suivantes : alpinisme, déminage, transport aérien non prévu dans le point 7. ci-dessus, parachutisme et génie militaire.

9. Dans quels cas la garantie ne s'applique-t-elle pas ?

La garantie n'est jamais acquise dans les cas énoncés ci-dessous, sauf si l'assuré ou le bénéficiaire démontre l'absence de relation causale entre l'accident et ces circonstances :

- a) *l'accident est survenu en raison de l'une des fautes lourdes énumérées ci-après : état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou état analogue causé par l'utilisation de produits ou substances autres que des boissons alcoolisées ;*
- b) *l'accident survient alors que l'assuré se trouve en état de déséquilibre mental ;*
- c) *l'accident est survenu lors d'un cataclysme naturel ;*
- d) *l'accident est survenu lors de grèves ou d'actes de violence d'inspiration collective (politique, sociale ou idéologique) accompagnés ou non de rébellions contre l'autorité. Cette exclusion n'est pas d'application en cas de terrorisme.*

En outre, la garantie ne s'applique pas si l'accident :

- e) *est survenu à l'occasion de paris, de défis ou d'actes notoirement téméraires de l'assuré ; sauf si ces actes sont accomplis pour la sauvegarde de personnes, biens ou intérêts ;*
- f) *résulte d'un fait intentionnel du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire ;*
- g) *est la conséquence de guerre, de guerre civile ou faits de même nature ;*
- h) *est la conséquence d'une rixe, d'une agression, d'un attentat, sauf si le bénéficiaire établit que l'assuré n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;*
- i) *résulte de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs. Toutefois, la garantie sera acquise en cas d'accident survenu au cours de visites occasionnelles pour autant que l'assuré ne participe pas aux recherches ou aux manipulations d'éléments radioactifs. La garantie est également acquise en cas de rayonnement médical nécessité par un accident couvert. Cette exclusion n'est pas d'application en cas de terrorisme.*

10. Indexation

Sauf convention contraire, les montants assurés et la prime varient à l'échéance annuelle de la prime selon le rapport existant entre :

- a) l'indice des prix à la consommation établi par le ministre des Affaires économiques (ou tout autre indice que ce dernier lui substituerait) en vigueur à l'échéance annuelle et
- b) l'indice de souscription indiqué aux conditions particulières ou, à défaut, en vigueur à la souscription du contrat.

Par indice des prix à la consommation en vigueur à la souscription ou à l'échéance, on entend celui du premier mois du trimestre civil précédent.

Les montants assurés en cas d'accident sont ceux qui correspondent à l'indice appliqué à l'échéance annuelle précédant l'accident.

11. Vie professionnelle

Dès que l'assuré débute dans ses activités professionnelles, le contrat doit être adapté à sa nouvelle situation et la compagnie lui accorde jusqu'à l'échéance de prime suivante, la gratuité sur la différence entre l'ancienne et la nouvelle prime. Si l'assuré néglige de signaler son changement d'activité, il sera procédé comme prévu au point 1.b. du chapitre II.

12. Conditions d'indemnisation

- L'assuré doit autoriser les médecins traitants à communiquer aux médecins-conseils de la compagnie toutes les informations qu'ils possèdent concernant son état de santé ou son décès.
- Les mesures nécessaires doivent être pris pour que les délégués de la compagnie puissent avoir accès auprès de l'assuré et que les médecins puissent examiner celui-ci en tout temps et remplir toute les missions jugées nécessaires par elle.

13. Terrorisme

Adhésion à TRIP

Nous couvrons, dans certains cas, les dommages causés par des actes de terrorisme.

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

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

Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité au paragraphe ci-avant ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL 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 nous, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. Nous payons le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité. Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles nous avons 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 les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme. Lorsque le Comité constate que le montant cité au paragraphe ci-avant 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 de nos engagements, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

CHAPITRE II : DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

1. Quelles sont les obligations du preneur et de l'assuré ?

A. Lors de la souscription du contrat

1. Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque.
2. Si le preneur d'assurance ne remplit pas l'obligation visée au point 1 et que l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

3. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose de modifier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. La modification du contrat prend effet au jour où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

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

4. Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou que la résiliation visée au point 3 ait pris effet, la compagnie :
 - fournit la prestation convenue lorsque l'omission ou la déclaration inexacte ne peut être reprochée au preneur d'assurance,
 - fournit une prestation, selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait correctement déclaré le sinistre, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte peut lui être reprochée,
 - rembourse exclusivement la totalité des primes payées, si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre.

B. En cours de contrat

1. Aggravation du risque
 - Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement et dans les plus brefs délais, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qu'il doit raisonnablement considérer comme étant de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance des événements assurés.
 - Lorsque le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée au premier alinéa et que l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, elle peut refuser sa garantie au preneur d'assurance sans préjudice de son droit de résilier le contrat.

- Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

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

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

- Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou que la résiliation visée à l'alinéa 3 ait pris effet, la compagnie effectue la prestation convenue si le preneur d'assurance a rempli l'obligation de déclaration visée au premier alinéa.
- Si un sinistre survient alors que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée au premier alinéa la compagnie :
 - effectue la prestation convenue lorsque le défaut de déclaration ne peut être reproché au preneur ;
 - effectue sa prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré l'aggravation du risque, lorsque la déclaration inexacte peut lui être reprochée ;
 - rembourse exclusivement la totalité des primes payées, si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé ;
 - peut refuser sa garantie si le preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse en ne déclarant pas l'aggravation et conserve, à titre de dommages et intérêts, les primes échues jusqu'au moment où elle a eu connaissance de l'aggravation.

2. Diminution du risque

Lorsque au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance de l'événement assuré est diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque.

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

3. La transmission d'informations

Le preneur d'assurance a l'obligation d'informer la compagnie d'un changement de domicile.

Il doit déclarer dans les 8 jours s'il se trouve en état de suspension de paiement, de déconfiture ou de faillite.

C. En cas de sinistre

En cas de sinistre pouvant donner lieu à l'indemnisation de la part de la compagnie l'assuré doit :

- prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre ;
- déclarer le sinistre immédiatement par écrit à la compagnie et au plus tard dans les huit jours à compter de sa survenance ou aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire ; le certificat de constat, dont le formulaire-type est fourni par la compagnie, doit être joint à chaque déclaration de sinistre ;
- transmettre à la compagnie, sans retard, toutes les pièces justificatives des dommages et tous les documents relatifs au sinistre ;
- suivre les directives et accomplir les démarches prescrits par la compagnie.

Si l'assuré ne remplit pas une des obligations précitées, la compagnie peut réduire sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

La compagnie peut décliner sa garantie si le non-respect de ces obligations résulte d'une intention frauduleuse.

2. A partir de quel moment la compagnie couvre-t-elle le risque ?

L'assurance prend effet à la date fixée dans les conditions particulières.

3. Quelle est la durée du contrat ?

La durée du contrat ne peut excéder un an.

A la fin de la période d'assurance, le contrat se reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'expiration du contrat.

4. Quand le preneur doit-il payer la prime ?

- Dès que le contrat est formé, la prime est due.
- La prime majorée des taxes et des cotisations est annuelle et payable par anticipation après la réception d'une demande de paiement à domicile.
- En cas de non paiement des sommes dues à l'échéance, une indemnité forfaitaire équivalente à la somme de 12,50 EUR (indice 111,31 août 2009 - base 2004=100) sera due par vous à nous, de plein droit et sans mise en demeure. Cette indemnité varie annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sur base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 EUR.
- A défaut de paiement de la prime dans les 15 jours à compter du lendemain d'une mise en demeure adressée au preneur d'assurance par exploit d'huissier ou par lettre recommandée à la poste, les garanties seront suspendues à l'expiration de ce délai.
- Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure. Dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai d'au moins 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

- Si la compagnie ne s'est pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation.
- La compagnie se réserve le droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance pendant la période de suspension. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.
- Les garanties suspendues seront remises en vigueur le lendemain à zéro heure du jour du paiement intégral des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts.

5. Quand peut-on mettre fin au contrat ?

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

- pour la fin de chaque période d'assurance, conformément au point 3. ;
- après chaque déclaration de sinistre mais au plus tard un mois après la notification par la compagnie du paiement ou du refus du paiement de l'indemnité ;
- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif, conformément au point 7. ;
- en cas de diminution du risque dans les conditions prévues au point 1. ;
- lorsqu'un délai supérieur à un an s'écoule entre la date de conclusion et celle de la prise d'effet du contrat.

Cette résiliation doit être notifiée au plus tard 3 mois avant la prise d'effet du contrat.

La compagnie peut résilier le contrat

- pour la fin de chaque période d'assurance conformément au point 3. ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque en cours du contrat conformément au point 1. ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat et en cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues au point 1. ;
- en cas de non-paiement de la prime conformément au point 4. ;
- après chaque déclaration de sinistre frauduleux mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de notre paiement ou la notification de notre refus d'intervention ;
- lorsque le preneur d'assurance se trouve en état de suspension de paiement, de déconfiture ou de faillite ;
- en cas de décès du preneur d'assurance, conformément au point 9.

6. Selon quelles formes les parties doivent-elles mettre fin au contrat ?

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

Sauf dispositions contraires prévues dans le présent contrat, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

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

7. Que se passe-t-il en cas de modification des conditions d'assurance et/ou des primes ?

Lorsque la compagnie modifie les conditions d'assurance et/ou son tarif, elle adapte le contrat à l'échéance annuelle suivante.

Le preneur peut résilier le contrat dans les trois mois de la notification d'adaptation. De ce fait, le contrat prend fin à la prochaine échéance annuelle.

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

8. Expertise

En cas de désaccord au sujet d'un traitement médical, de la durée et/ou du degré de l'incapacité temporaire du travail, de l'origine et/ou du degré d'invalidité permanente ou de la cause du décès, les parties s'en remettent aux avis conformes du médecin traitant et du médecin délégué par la compagnie.

En cas de divergence d'opinion, les médecins s'en rapporteront à l'avis d'un troisième expert désigné de commun accord. En cas de désaccord sur la désignation, l'expert sera désigné, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du tribunal de première instance du lieu du domicile de l'assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin. Ceux du troisième expert, ainsi que les frais des examens médicaux complémentaires, sont payés à frais communs.

Les experts sont dispensés de toutes formalités.

Les autres contestations entre parties, relatives au présent contrat, seront de la compétence exclusive des tribunaux belges.

9. Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance ?

En cas de décès du preneur d'assurance, le contrat est maintenu au profit des héritiers qui restent tenus au paiement des primes.

Les héritiers peuvent résilier le contrat dans les 3 mois et 40 jours du décès.

La compagnie peut résilier le contrat dans les 3 mois du jour où elle a eu connaissance du décès.

Si le contrat a été conclu en considération de la personne de l'assuré, il prend fin de plein droit au décès de celui-ci.

10. Pluralité des assurés

Si le contrat est souscrit en faveur de plusieurs assurés et que les effets de l'assurance cessent vis-à-vis de l'un d'eux, le contrat continue en faveur des autres assurés et la prime est adaptée en conséquence.

11. Domiciliation

Le domicile des parties est élu de droit : celui de la compagnie en son siège en Belgique, celui du preneur à son adresse indiquée aux conditions particulières ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à la compagnie.

Pour être valables, les communications destinées à la compagnie doivent être faites à son siège en Belgique ; celles destinées au preneur sont valablement faites à son dernier domicile officiellement connu de la compagnie.

LEXIQUE

Accident

L'événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime. Ce concept sera interprété, au moment de l'accident, conformément à la jurisprudence relative à la loi sur les accidents du travail. Par extension, sont assimilés aux accidents :

- a) la noyade ;
- b) l'empoisonnement et l'asphyxie, par absorption involontaire d'une substance nocive ;
- c) le tétanos, la rage ou le charbon ;
- d) les luxations, les déchirures et les élongations musculaires résultant d'un effort soudain ;
- e) les lésions corporelles ou le décès survenus lors des actes accomplis pour la sauvegarde de personnes, biens ou intérêts ;
- f) les atteintes à la santé qui sont la conséquence directe et immédiate d'un accident assuré.

Assuré

La personne nommément désignée en cette qualité aux conditions particulières.

Bénéficiaire

Toute personne appelée à recevoir les indemnités prévues au contrat.

Compagnie

AG Insurance sa.
entreprise d'assurance dont le siège social est établi
à Bd. E. Jacqmain 53 , B-1000 Bruxelles,
RPM Brussel, TVA BE 0404.494.849.

Maladie grave

Les maladies graves suivantes sont assimilées à des accidents : le choléra, la diphtérie, l'encéphalite, la fièvre typhoïde, la leucémie, la méningite cérébro-spinale, la variole, la poliomyélite, la scarlatine et la tuberculose.

La couverture est acquise si la maladie est diagnostiquée au plus tôt 14 jours après l'entrée en vigueur du contrat et au plus tard 14 jours après la cessation de celui-ci ; pour la tuberculose ces délais sont portés à 3 mois.

Une invalidité permanente, due à une maladie grave, ne donnera lieu à aucune indemnité si le taux de l'invalidité permanente est inférieur à 10 % ; s'il est égal ou supérieur à 10 %, la garantie est acquise sur la base du pourcentage total admis.

Preneur

La personne qui conclut le contrat.

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.

Tiers

Toute personne autre que :

- le preneur,
- l'assuré,
- leurs descendants et ascendants,
- le bénéficiaire,
- le conjoint des personnes précitées,
- celle vivant habituellement au foyer du preneur ou de l'assuré ou entretenue de leurs deniers et qui n'exerce à ce foyer aucune activité rémunérée.

Les personnes précitées sont toutefois considérées comme tiers dans la mesure où leur responsabilité pour les dommages indemnisés par le présent contrat, est couverte par un autre contrat d'assurance.

Protection Juridique Individuelle des Jeunes et maladies graves

Table des Matières

Qu'entend-on par ?	19
Quelles prestations garantissons-nous ?	19
<ul style="list-style-type: none"> • Le recours civil • L'insolvabilité des tiers 	
Quelle est étendue de la garantie ?	19
<ul style="list-style-type: none"> • Les frais pris en charge • L'étendue territoriale • La subrogation 	
Comment protégeons-nous les intérêts de l'assuré ?	20
<ul style="list-style-type: none"> • Le libre choix • La clause d'objectivité 	
Quelles sont les limites de notre intervention ?	21
<ul style="list-style-type: none"> • La limite d'intervention par sinistre • Le décès d'un assuré bénéficiant de nos prestations • Les exclusions 	
Comment obtenir notre intervention ?	22
<ul style="list-style-type: none"> • Devoir de prévention • La déclaration • La transmission des informations • Indemnités de procédure • Prescription 	
Quelles sont les dispositions administratives ?	22
<ul style="list-style-type: none"> • La gestion du contrat • La description du risque • Communications • A partir de quand bénéficiez-vous du contrat ? • Quelle est la durée du contrat ? • Paiement de la prime • Résiliation • Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance ? 	

Protection Juridique Individuelle des Jeunes et maladies graves

Conditions Générales

1. Qu'entend-on par ?

Les définitions prévues dans le contrat Individuelle Accident de la Compagnie mandataire sont d'application sous réserve de ce qui suit :

Vous : Le preneur d'assurance souscripteur du contrat.

Nous : AG Insurance sa, entreprise d'assurance dont le siège social est établi à Bd. E. Jacquain 53, B-1000 Bruxelles, RPM Bruxelles - TVA BE 0404.494.849

Dans le cadre de l'Assurance Protection Juridique, la gestion des dossiers "Protection Juridique" est confiée à notre service spécialisé et distinct appelé "Providis".

2. Quelles prestations garantissons-nous ?

1. Le recours civil

Nous exerçons le recours, pour obtenir du tiers responsable de l'accident couvert par le contrat accidents individuelle des jeunes et maladies graves l'indemnisation des conséquences des lésions corporelles encourues par l'assuré.

Nous pouvons refuser d'introduire une action ou d'exercer une voie de recours lorsque, sur base des renseignements obtenus, le tiers considéré comme responsable est insolvable et ce sans préjudice de l'application de la clause d'objectivité (Art. 4.2.).

2. L'insolvabilité des tiers

Lorsque le recours doit être exercé contre un tiers dûment identifié et reconnu insolvable, par voie d'enquête ou par voie judiciaire, nous payons, à concurrence de 2.478,94 EUR, l'indemnité mise à charge de ce tiers, et ce dans la mesure où aucun organisme privé ou public ne peut en être déclaré débiteur.

Cette indemnité sera payée sous déduction d'une franchise de 123,95 EUR.

3. Quelle est l'étendue de la garantie ?

1. Les frais pris en charge

Nous prenons en charge le paiement des frais et honoraires relatifs :

- aux expertises et enquêtes ;
- à l'intervention d'un avocat ;
- à une procédure en justice

ainsi que les frais de déplacement en chemin de fer (1ère classe) ou avion de ligne et de séjour (chambre d'hôtel + petit déjeuner), raisonnablement exposés, lorsque l'assuré est tenu de comparaître personnellement en qualité de prévenu devant un tribunal étranger.

Nous ne prenons cependant pas en charge les frais et honoraires engagés par l'assuré avant qu'il ait demandé notre intervention, sauf urgence justifiée.

Dans l'hypothèse où l'état de frais et honoraires fait apparaître un montant anormalement élevé, l'assuré s'engage à solliciter de l'autorité ou de la juridiction compétente qu'elle statue à nos frais, sur l'état de frais et honoraires. A défaut, nous nous réservons la faculté de limiter notre intervention.

2. L'étendue territoriale

Nous accordons nos garanties à l'assuré dans le monde entier.

3. La subrogation

Dans la mesure de nos interventions, nous sommes subrogés dans les droits de l'assuré vis-à-vis des tiers responsables.

4. Comment protégeons-nous les intérêts de l'assuré ?

Nous examinerons ensemble les mesures à prendre et ferons les démarches nécessaires en vue d'obtenir un arrangement amiable. Aucune proposition ne sera acceptée par nous sans votre accord ou celui de l'assuré concerné.

1. Le libre choix

Lorsqu'il faut recourir à une procédure ou chaque fois que surgit un conflit d'intérêts entre l'assuré et nous, l'assuré a la liberté de choisir un avocat ou toute autre personne ayant les qualifications requises par la loi applicable à la procédure pour défendre, représenter ou servir vos intérêts. Toutefois, en cas de procédure judiciaire à l'étranger, l'assuré supportera lui-même les frais et honoraires supplémentaires qui résulteraient du choix d'un avocat n'appartenant pas à la juridiction territorialement compétente.

Si en cours de procédure, l'assuré décide de changer d'avocat, il supportera lui-même les frais et honoraires supplémentaires qui en résulteraient à moins qu'il n'ait été obligé de prendre un autre avocat pour des raisons indépendantes de sa volonté.

Lorsque la désignation d'un expert ou d'un contre-expert se justifie, l'assuré pourra le choisir librement. Toutefois, il supportera lui-même les frais et honoraires supplémentaires qui résulteraient du choix d'un expert exerçant dans une autre province ou, à l'étranger, dans une autre circonscription administrative équivalente à celle où la mission doit être effectuée.

2. La clause d'objectivité

En cas de divergence d'opinion entre l'assuré et nous quant à l'attitude à adopter pour régler le sinistre, l'assuré pourra, sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire, demander une consultation écrite à l'avocat qui s'occupe de l'affaire ou à un avocat de son choix, conformément aux dispositions de l'article 4.1.

Ce droit sera rappelé dans la notification que nous adresserons à l'assuré pour confirmer notre position ou marquer notre refus de suivre son point de vue.

Si cet avocat confirme la thèse de l'assuré, nous prendrons en charge, quelle que soit l'issue de la procédure, les frais et honoraires, y compris ceux de la consultation.

Si cet avocat confirme notre thèse, nous cesserons notre intervention après avoir remboursé la moitié des frais et honoraires de la consultation. Si, dans cette hypothèse, l'assuré entame à ses frais, la procédure et obtient un meilleur résultat que ce qu'il aurait obtenu en acceptant notre point de vue et celui de l'avocat, nous prendrons en charge les frais et honoraires, y compris ceux de la consultation.

5. Quelles sont les limites de notre intervention ?

1. La limite d'intervention par sinistre

La limite d'intervention est fixée à 6.197,34 EUR par sinistre.

2. Le décès d'un assuré bénéficiant de nos prestations

Si un assuré bénéficiant de nos prestations décède, celles-ci seront acquises à son conjoint non séparé de corps ou de fait. A défaut de celui-ci, elles seront acquises à ses enfants nés ou à naître, à défaut de ceux-ci, aux ascendants.

3. Les exclusions

La garantie ne s'applique pas, dans les cas énoncés ci-dessous, sauf si l'assuré ou le bénéficiaire démontre l'absence de relation causale entre l'accident et ces circonstances :

- a) si l'accident est survenu en raison de l'une des fautes lourdes énumérées ci-après : état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou état analogue causé par l'utilisation de produits ou substances autres que des boissons alcoolisées ;
- b) si l'accident survient alors que l'assuré se trouve en état de déséquilibre mental ;
- c) aux dommages survenus à l'occasion de grèves ou d'actes de violence d'inspiration collective (politique, sociale ou idéologique) accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité. Cette exclusion n'est pas d' application en cas de terrorisme.

En outre, la garantie ne s'applique pas :

- d) si l'accident est survenu à l'occasion de paris, de défis ou d'actes notoirement téméraires de l'assuré, sauf si ces actes sont accomplis pour la sauvegarde de personnes, biens ou intérêts ;
- e) lorsque l'assuré, dans une intention frauduleuse, a fait une déclaration de sinistre, inexacte ou incomplète, de nature à modifier notre opinion sur l'orientation à donner à notre intervention ;
- f) aux dommages imputables aux effets de toute propriété de produits ou combustibles nucléaires ou de déchets radioactifs. Cette exclusion n'est pas d' application en cas de terrorisme.
- g) si l'accident est la conséquence de guerre, de guerre civile ou faits de même nature ;
- h) si l'accident est la conséquence d'une rixe, d'une agression, d'un attentat, sauf si le bénéficiaire établit que l'assuré n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- i) lorsque le montant du recours est inférieur à 123,95 EUR en principal.

6. Comment obtenir notre intervention ?

1. Devoir de prévention

L'assuré doit prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

2. La déclaration

Lorsqu'un assuré désire obtenir notre intervention, il doit nous prévenir par écrit, de façon circonstanciée et dans les plus brefs délais.

3. La transmission des informations

L'assuré doit nous transmettre, dans les plus brefs délais, tous les documents, correspondances et nous fournir tous les renseignements utiles pour faciliter la gestion du dossier et nous tenir au courant de l'état d'avancement de l'affaire.

Les citations, assignations et généralement tous actes judiciaires doivent nous être transmis dans les 48 heures de leur remise ou signification.

4. Indemnités de procédure

Conformément au principe indemnitaire, les frais récupérés à charge de tiers et l'indemnité de procédure doivent nous être remboursés.

En cas de non-respect des obligations reprises sous 1., 2., 3. ou 4., nous pouvons réduire nos prestations à concurrence du préjudice que nous avons subi.

Nous pouvons décliner notre garantie si le non-respect de ces obligations résulte d'une intention frauduleuse.

5. Prescription

Conformément aux articles 34 et 35 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de trois ans

7. Quelles sont les dispositions administratives ?

1. La gestion du contrat

La Compagnie mandataire propose le contrat, l'émet, procède à la perception des primes ainsi qu'aux modification, résiliation, suspension ou annulation qui interviennent au cours de la période d'assurance.

Toute résiliation ou suspension du contrat Individuelle Accidents par la Compagnie mandataire, entraîne d'office la résiliation ou la suspension de votre contrat Protection Juridique.

En cas de résiliation de votre contrat Protection Juridique, nous vous remboursons le prorata de prime payée afférente à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat.

2. La description du risque

§ 1. Que devez-vous déclarer ?

Le contrat est établi d'après les renseignements que vous nous avez fournis. C'est pourquoi vous devez nous déclarer exactement :

- à la conclusion du contrat, toutes les circonstances dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque
- en cours de contrat, et dans les plus brefs délais, toutes les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant une aggravation sensible et durable du risque.

§ 2. Comment votre contrat est-il adapté ?

Dans un délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance d'une déclaration inexacte ou incomplète ou d'une aggravation du risque, nous pouvons :

- proposer une modification du contrat qui prendra effet :
 - au jour où nous avons eu connaissance d'une déclaration inexacte ou incomplète à la conclusion du contrat ;
 - rétroactivement au jour de l'aggravation du risque en cours de contrat, que vous ayez ou non déclaré l'aggravation ;
- résilier le contrat si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, vous ne l'avez pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

§ 3. Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation n'ait pris effet :

- Nous prendrons le sinistre en charge si la déclaration inexacte ou incomplète ou le défaut de déclaration d'une aggravation, ne peut vous être reproché.
- Par contre, si le manquement à ces obligations peut vous être reproché, nous n'effectuerons notre prestation que selon le rapport entre la prime payée et celle que vous auriez dû payer si vous aviez correctement déclaré le risque.
- Enfin, si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous nous limiterons à rembourser la totalité des primes payées à partir du moment où le risque est devenu inassurable.

§ 4. Et s'il y a fraude ?

Si les déclarations inexactes ou incomplètes ou l'absence de déclaration sont intentionnelles et nous induisent en erreur sur les éléments d'appréciation du risque :

- à la conclusion du contrat, celui-ci sera nul de plein droit ;
- en cours de contrat, nous pourrions refuser notre garantie et résilier le contrat.

Toutes les primes échues jusqu'au moment où nous aurons eu connaissance de la fraude nous serons dues à titre de dommages et intérêts.

§ 5. S'il y a diminution du risque ?

Lorsque le risque assuré a diminué de façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la conclusion du contrat, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous diminuerons la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

Si nous ne parvenons pas à nous mettre d'accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution que vous avez formée, vous pouvez résilier le contrat.

3. Communications

Où les correspondances doivent-elles être adressées ?

- Celles qui vous sont destinées :

Toutes nos communications sont valablement faites, même à l'égard des héritiers ou ayants cause, à votre adresse indiquée aux conditions particulières ou à toute autre adresse qui nous aurait été communiquée ultérieurement par écrit.

- Celles qui nous sont destinées :

A. A la souscription et en cours de contrat :

Toutes vos communications doivent être adressées au siège social ou à l'un des sièges régionaux en Belgique de la Compagnie mandataire.

B. En cas de sinistre :

Toutes vos communications doivent être adressées à notre siège social ou à l'un de nos sièges régionaux en Belgique.

4. A partir de quand bénéficiez-vous du contrat ?

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières.

5. Quelle est la durée du contrat ?

La durée du contrat est fixée aux conditions particulières et ne peut excéder un an.

A la fin de la période d'assurance, il se renouvelle tacitement d'année en année, à moins qu'une des parties ne le résilie par lettre recommandée déposée à la poste trois mois au moins avant l'expiration de la période en cours.

6. Paiement de la prime

§ 1. Que faut-il payer ?

- Le montant de la prime est mentionné sur l'avis d'échéance et comprend les taxes, les cotisations et les frais.
- Si le tarif et/ou les conditions étaient modifiés, nous pourrions adapter le contrat à l'échéance annuelle suivante, après vous en avoir avisé.
Dans ce cas, vous pouvez, dans le mois de notre notification, résilier le contrat pour cette échéance.

§ 2. Quand devez-vous payer la prime ?

La prime est annuelle et payable par anticipation pour la date d'échéance, après réception de la demande de paiement émanant de la Compagnie mandataire et qui mentionne séparément le montant de la prime afférente à la Protection Juridique.

§ 3. Si la prime n'est pas payée ?

- Nous vous enverrons par exploit d'huissier ou par lettre recommandée un rappel valant mise en demeure.

A défaut de paiement dans un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste, la garantie sera suspendue à l'expiration de ce délai, ou le contrat résilié.

Cette prime, ainsi que celles venant ultérieurement à échéance pendant la période de suspension, nous restent dues à condition que vous ayez été mis en demeure comme indiqué ci-dessus. Toutefois, notre droit est limité aux primes afférentes à 2 années consécutives.

- Votre contrat ne reprendra effet qu'au lendemain à zéro heure du jour où nous aurons reçu le paiement intégral des primes dues, majorées des intérêts éventuels.
- En cas de non paiement des sommes dues à l'échéance, une indemnité forfaitaire équivalente à la somme de 12,50 EUR (indice 111,31 août 2009 - base 2004=100) sera due par vous à nous, de plein droit et sans mise en demeure. Cette indemnité varie annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sur base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 EUR

7. Résiliation

Quand le contrat peut-il être résilié ?

- A. Par vous :
- avec effet à l'échéance annuelle, moyennant lettre recommandée déposée à la poste 3 mois avant l'expiration du contrat ;
 - après chaque sinistre, au plus tard 1 mois après notre paiement ou la notification de notre refus d'intervention ;
 - avec effet à la prochaine échéance annuelle, en cas de modification des conditions d'assurance ou du tarif, au plus tard 3 mois après la notification d'adaptation ;
 - en cas de diminution du risque conformément au point 7.2.§ 5. ;
 - lorsqu'un délai supérieur à un an s'écoule entre la date de la conclusion et celle de la prise d'effet du contrat, au plus tard 3 mois avant sa prise d'effet.
- B. Par nous :
- avec effet à l'échéance annuelle, moyennant lettre recommandée déposée à la poste 3 mois avant l'expiration du contrat ;
 - avec effet immédiat, en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la description du risque en cours de contrat conformément au point 7.2.§ 4. ;
 - en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles dans la description du risque à la conclusion du contrat et en cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues au point 7.2.§ 2 ;
 - si la prime n'est pas payée conformément au point 7.6.§ 3. ;
 - après chaque sinistre frauduleux, au plus tard 1 mois après notre paiement ou la notification de notre refus d'intervention ;
 - lorsque vous vous trouvez en état de faillite, au plus tôt 3 mois après la déclaration de la faillite ;
 - en cas de décès du preneur d'assurance, conformément au point 7.8.

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

Sauf disposition contraire prévue dans le présent contrat la résiliation prendra effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

8. Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance ?

En cas de décès du preneur d'assurance, le contrat est maintenu au profit des héritiers qui restent tenus au paiement des primes.

Les héritiers peuvent résilier le contrat par lettre recommandée dans les 3 mois et 40 jours du décès.

Nous pouvons résilier dans les 3 mois du jour où nous aurons eu connaissance du décès.

Si le contrat a été conclu en considération de la personne de l'assuré, il prend fin de plein droit au décès de celui-ci.