

SUPPORTER DE VOTRE

FAMILLE



Assurance accidents

Top Accidents

Conditions Générales

PRÉAMBULE

Structure de votre contrat

Votre contrat se compose de deux parties :

1. Les **conditions générales** décrivent nos engagements réciproques et le contenu des garanties et des exclusions.
2. Les **conditions particulières** mentionnent les données qui vous sont personnelles, les garanties que vous avez souscrites et les clauses spéciales qui vous sont applicables, les montants assurés et les primes. Elles complètent les conditions générales auxquelles elles renvoient et y dérogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

Comment consulter les conditions générales de votre contrat ?

La **table des matières** vous donne une vue d'ensemble des conditions générales de votre contrat. Vous pouvez donc facilement retrouver l'article que vous désirez consulter.

Le **lexique** vous donne la définition et la portée exacte des termes marqués d'un astérisque lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans le texte.

Information ou sinistre ?

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

Une plainte ?

Sans préjudice de votre droit d'exercer un recours en justice, vous pouvez adresser votre plainte par écrit à :

AG SA

Service Gestion des plaintes

Bd E. Jacqmain 53

1000 Bruxelles

Tél. : 02/664.02.00

E-mail : customercomplaints@aginsurance.be

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à :

Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs 35

1000 Bruxelles

www.ombudsman.as

Adresses de correspondance

Pour être valables, les communications qui nous sont destinées doivent être adressées à notre siège social ou à l'un de nos sièges régionaux en Belgique.

Celles qui vous sont destinées sont valablement faites, même à l'égard d'héritiers ou ayants cause, à votre adresse indiquée aux conditions particulières ou à toute autre adresse, éventuellement électronique, qui nous aurait été communiquée.

Si plusieurs preneurs ont souscrit le contrat, toute communication faite à l'adresse qu'ils ont choisie, indiquée aux conditions particulières ou communiquée ultérieurement, est valable à l'égard de tous les preneurs d'assurance.

Législation applicable et délai de prescription

La législation belge s'applique au présent contrat et en particulier la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances qui stipule notamment que le délai de prescription est de trois ans pour toute action découlant du contrat d'assurance (articles 88 et 89). La prescription contre les mineurs, interdits et autres incapables ne court pas jusqu'au jour de la majorité ou de la levée de l'incapacité.

Table des matières

PRÉAMBULE.....	2
1. L'ÉTENDUE DE L'ASSURANCE.....	5
Article 1: Objet de cette assurance accidents vie privée.....	5
A. Description générale: quels sont les accidents assurés ?.....	5
B. Cette assurance est-elle d'application pendant la pratique d'un sport ?.....	5
C. Cette assurance s'applique-t-elle dans la circulation et lors de l'utilisation d'un aéronef ?.....	5
Article 2: Qui est assuré ?.....	6
Article 3: Où cette assurance s'applique-t-elle ?.....	6
Article 4: Terrorisme.....	6
A. Adhésion à TRIP.....	6
B. Régime de paiement.....	6
Article 5: Dans quels cas cette assurance ne s'applique-t-elle pas ?.....	7
2. LES GARANTIES.....	8
Article 6: Que comprend la garantie Frais médicaux ?.....	8
Article 7: Que comprend la garantie Incapacité de travail temporaire ?.....	8
Article 8: Que comprend la garantie Invalidité permanente ?.....	9
Article 9: Que comprend la garantie Décès ?.....	9
Article 10: Que comprend la garantie Assistance psychologique ?.....	9
Article 11: Deux garanties complémentaires en Omnium Famille.....	9
A. Garantie Frais médicaux pour les camarades de jeu.....	9
B. Garantie Frais de vétérinaire pour votre chien et votre chat.....	10
Article 12: État antérieur.....	10
Article 13: Indexation des montants assurés et de la prime.....	10
Article 14: Paiement à un mineur, un interdit ou un autre incapable.....	10
3. LES SINISTRES.....	11
Article 15: Que faire en cas de sinistre ?.....	11
A. La déclaration.....	11
B. Les certificats.....	11
C. Les soins médicaux.....	11
D. L'envoi d'informations.....	11
E. Mesures en cas de non-respect des obligations après un sinistre.....	11
Article 16: Divergences d'opinion de nature médicale.....	11
Article 17: Quel recours avons-nous contre les tiers ?.....	12

4. LA DESCRIPTION DU RISQUE	13
Article 18: Que devez-vous nous déclarer à la souscription du contrat ?	13
A. Omission ou inexactitude intentionnelles	13
B. Omission ou inexactitude non intentionnelles	13
Article 19: Que devez-vous nous déclarer en cours de contrat ?	13
A. Aggravation de risque	13
B. Diminution de risque	14
5. LA RESILIATION DU CONTRAT	15
Article 20: Quand et comment le contrat peut-il être résilié ?	15
A. Vous pouvez résilier le contrat :	15
B. Nous pouvons résilier le contrat :	15
C. Modalités de résiliation	16
6. LE PAIEMENT DE LA PRIME	17
Article 21: Que devez-vous payer et quand ?	17
Article 22: Que se passe-t-il si la prime n'est pas payée ?	17
7. LA VIE DU CONTRAT	18
Article 23: À partir de quand êtes-vous assuré et pour quelle durée ?	18
Article 24: Que se passe-t-il en cas de modification des conditions d'assurance et/ou des primes ?	18
Article 25: Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance ?	18
LEXIQUE	19

1. L'ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

Article 1: Objet de cette assurance accidents vie privée

A. Description générale : quels sont les accidents assurés ?

Cette assurance vise à vous* protéger, ainsi que vos proches, face aux conséquences financières d'un accident* pendant la vie privée. Elle garantit le paiement des indemnités stipulées dans ce contrat en cas d'accident survenant dans le cadre de la vie privée d'un assuré.

La vie privée est le temps écoulé en dehors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées*, comme l'entretien de la maison, le jardinage, les activités sportives et de loisirs non rémunérées, les déplacements et voyages non professionnels, les activités à l'école et pendant les vacances de vos enfants [sauf si la législation sur les accidents du travail s'applique, comme dans le cadre d'un job de vacances].

B. Cette assurance est-elle d'application pendant la pratique d'un sport ?

La garantie n'est valable que pour les accidents survenus lors de la pratique d'une activité sportive non rémunérée pendant la vie privée.

Les activités sportives énumérées ci-dessous ne sont pas comprises dans la garantie :

- la participation à un concours hippique, à un concours de vitesse ou à une démonstration utilisant un moyen de transport ou la participation à une compétition de sports d'hiver, de combat ou de défense, ainsi que les entraînements, exercices ou essais en vue de tels concours ou compétitions ;
- la pratique d'un sport aérien tel que le parachutisme, le parapente, le deltaplane, le vol à voile, l'ULM, etc., si l'assuré effectue ces sauts ou ces vols sans instructeur ou pilote possédant les licences requises. L'assuré est toutefois couvert en tant que passager ou pilote d'une montgolfière ;
- la pratique de la plongée si l'assuré n'est pas encadré par un moniteur possédant les brevets requis ou s'il plonge à plus de 40 mètres ;
- la pratique d'un sport extrême dont les conditions extrêmes ou le niveau de difficulté présentent un danger potentiel important pour la vie, tel que la plongée de falaise, le vol en wingsuit, le base jumping, le saut à ski, le benji, le free ride, l'escalade sportive sans dispositif de sécurité, le funambulisme sans dispositif de sécurité, etc.

C. Cette assurance s'applique-t-elle dans la circulation et lors de l'utilisation d'un aéronef ?

Sans préjudice des dispositions du point B ci-dessus, la garantie est accordée si l'assuré subit un accident pendant sa vie privée :

- dans la circulation en tant que piéton ou en tant que conducteur ou passager d'un moyen de transport privé ou public, sauf si l'assuré conduit un moyen de transport alors qu'il n'y est pas autorisé par la législation applicable au moment de l'accident ;
- en tant que pilote ou passager d'un aéronef, sauf dans les circonstances suivantes :
 - l'assuré pilote un aéronef alors qu'il a moins de 100 heures d'expérience en tant que commandant de bord ;
 - l'assuré utilise un aéronef lors de compétitions, d'exhibitions, d'essais de vitesse, de raids, de records ou de tentatives de records et de vols d'entraînement en vue d'obtenir une licence ;
 - l'assuré utilise un aéronef qui est un prototype ou un engin militaire qui n'est pas destiné au transport de personnes ou de marchandises.

Article 2: Qui est assuré ?

Vous avez le choix entre 3 formules:

1. Formule Omnium Enfants

Les assurés sont les enfants du preneur d'assurance et/ou de son partenaire cohabitant* à condition que ces enfants aient la même résidence principale* qu'au moins un de leurs parents et que celle-ci se situe en Belgique. Sont également couverts les petits-enfants du preneur d'assurance et/ou de son partenaire cohabitant ayant la même résidence principale en Belgique que ces derniers.

2. Formule Omnium Famille

Les assurés sont le preneur d'assurance, son partenaire cohabitant et les enfants et petits-enfants définis au point 1 ayant leur résidence principale en Belgique.

3. Formule Omnium Individuelle

L'assuré est le preneur d'assurance du contrat ayant sa résidence principale en Belgique.

La formule choisie est mentionnée dans les conditions particulières.

La qualité d'enfant, petit-enfant ou partenaire cohabitant assuré est démontrée par des attestations fournies par les autorités compétentes.

Article 3: Où cette assurance s'applique-t-elle ?

Cette assurance s'applique partout dans le monde.

Article 4: Terrorisme

A. 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.

B. 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 notre 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.

Article 5: Dans quels cas cette assurance ne s'applique-t-elle pas ?

Sans préjudice des dispositions de l'article 1er, la garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- a) La législation belge sur les accidents du travail ou une législation étrangère similaire s'applique à l'accident.
- b) L'accident est dû au fait que l'assuré se trouvait en état d'ivresse ou en état de déséquilibre mental ou dans un état analogue causé par l'utilisation de produits ou substances autres que des boissons alcoolisées.
- c) L'accident est survenu à l'occasion de paris, de défis ou d'actes notoirement téméraires* dans le chef de l'assuré, sauf s'il a accompli ces actes pour la sauvegarde de personnes, biens ou intérêts.
- d) L'accident résulte d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou du bénéficiaire.
- e) L'accident résulte d'un acte de violence et l'assuré y a participé activement ou n'a pas pris toutes les précautions raisonnables pour prévenir l'accident et les dommages qui en résultent.
- f) L'accident est survenu en Belgique en temps de guerre, de guerre civile ou de faits de même nature, sauf si l'assuré démontre qu'il n'existe aucune relation causale entre l'accident et ces circonstances.
- g) L'accident est survenu à l'étranger en temps de guerre, de guerre civile ou de faits de même nature, sauf si :
 - le conflit armé était imprévisible au moment où l'assuré s'est rendu dans la région en question, et
 - l'accident se produit dans un délai de 30 jours à compter de sa survenance, et
 - à condition que l'accident ne soit pas dû à une participation active aux hostilités de la part de l'assuré et qu'il ait pris toutes les précautions raisonnables pour quitter la zone en toute sécurité.
- h) L'accident résulte de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou dangereuses, de 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'accident ne soit pas dû à une participation aux recherches ou aux manipulations d'éléments radioactifs de la part de l'assuré. 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.
- i) L'accident consiste en une insolation, une hypothermie, une gelure ou un épuisement, sauf s'ils résultent d'un accident couvert ou d'une interruption accidentelle et anormale du voyage à bord d'un moyen de transport terrestre, maritime ou aérien, ou encore du sauvetage de personnes, d'animaux ou de marchandises.
- j) Nous n'assurons pas :
 - la maladie, sauf celle qui résulte directement d'un accident couvert ;
 - la contamination ou l'infection, sauf celle due à une lésion corporelle ou une piqûre.

Dans les cas prévus aux points b, c, d, e, les garanties ne s'appliquent pas pour autant qu'il y ait un lien causal entre ces états de fait et l'accident.

2. LES GARANTIES

Article 6: Que comprend la garantie Frais médicaux ?

Par frais médicaux, nous entendons les frais énumérés ci-dessous, dans la mesure où ils sont nécessaires à la suite d'un accident couvert :

- les frais de traitements qui doivent être prestés ou prescrits par un médecin, les frais pharmaceutiques ainsi que les frais de traitements de chirurgie esthétique réparatrice ;
- les frais d'hospitalisation ;
- le remboursement des frais de réparation ou de remplacement des appareils de prothèse ou d'orthopédie existants auxquels l'accident a causé des dégâts, même si l'accident n'a pas causé de lésions corporelles. L'assuré a également droit une seule fois au remboursement du prix d'achat des nouveaux appareils de prothèse ou d'orthopédie qui sont médicalement nécessaires. Le remboursement est limité au montant défini par les directives de Fedris ou, à défaut, par le tarif prévu par l'assurance maladie-invalidité ;
- les frais de déplacement pour des raisons médicales sont remboursés à concurrence de 0,35 euros par km à condition que la distance aller et retour soit supérieure à 5 km et sur présentation du relevé des dates et du nombre de kilomètres parcourus ;
- les frais de rapatriement exposés par l'assuré qui est incapable de rentrer chez lui de son voyage privé dans des conditions normales. Une attestation médicale justificative est requise ;
- les frais de transport aller et retour exposés par le preneur d'assurance ou le partenaire cohabitant pour se rendre auprès d'un enfant assuré immobilisé à l'étranger, à condition que le rapatriement soit médicalement impossible, que l'enfant ne soit pas accompagné par l'un des parents et que la présence de l'un d'eux soit requise en raison de son état de santé ;
- les frais de recherche et de sauvetage pour préserver la vie de l'assuré.

Ces frais sont pris en charge, soit jusqu'à la guérison, soit jusqu'à la consolidation* en cas d'une invalidité permanente de l'assuré à la suite de l'accident.

Si l'assuré bénéficie pour l'accident de remboursements en vertu de la législation sur la sécurité sociale, nous intervenons après déduction du montant total de ces remboursements. Si, pour une raison ou une autre, l'assuré ne reçoit pas ou n'a pas droit à ces interventions légales, nous tiendrons compte d'une intervention fictive égale à l'intervention prévue par la législation belge.

Les frais médicaux qui, après intervention de la sécurité sociale, restent à charge de l'assuré sont remboursés compte tenu d'une franchise de 50 euros par assuré et par accident. Ils sont pris en charge sur présentation des pièces justificatives. Notre intervention est limitée, par personne et pour le même sinistre, au plafond repris aux conditions particulières.

Article 7: Que comprend la garantie Incapacité de travail temporaire ?

Cette garantie n'est acquise que si les conditions particulières précisent qu'elle a été souscrite pour l'assuré.

Un assuré est temporairement en incapacité de travail si, à la suite d'un accident couvert, il ne peut plus exercer, en tout ou en partie, la profession qu'il exerçait avant l'accident. Si, au moment de l'accident, l'assuré n'exerce aucune activité professionnelle, l'incapacité de travail temporaire consiste en l'incapacité temporaire d'accomplir des tâches ménagères. Un enfant assuré au sens de l'article 3 est également considéré comme étant en incapacité temporaire de travail si, à la suite de l'accident, il n'est temporairement plus en mesure de suivre les cours dans l'établissement d'enseignement dans lequel il est inscrit.

L'indemnité fixée pour l'assuré dans les conditions particulières est due dans sa totalité tant que l'assuré est en incapacité de travail temporaire totale, mais au maximum pendant deux ans. Si l'assuré n'interrompt pas complètement les activités ou cours susmentionnés ou dès qu'il est en mesure de les reprendre partiellement, l'indemnité journalière sera réduite proportionnellement.

L'indemnité est due à compter de la date de début de l'incapacité de travail mentionnée sur le certificat médical, après un délai de carence de 14 jours. Le paiement est effectué mensuellement après l'expiration du mois concerné. Les indemnités journalières sont versées au preneur d'assurance, sauf s'il s'agit d'un accident survenu à un partenaire cohabitant assuré. Dans ce cas, les indemnités journalières sont versées à ce dernier.

Article 8 : Que comprend la garantie Invalidité permanente ?

Si l'assuré subit une invalidité permanente à la suite d'un accident couvert, un capital sera payé. Le montant de ce capital est calculé sur la base du capital assuré déterminé pour l'assuré dans les conditions particulières et en tenant compte du degré d'invalidité permanente selon la formule cumulative suivante :

- sur la base du capital assuré, pour la partie du degré d'invalidité jusqu'à 25 % compris ;
- sur la base du double du capital assuré, pour la partie du degré d'invalidité supérieure à 25 % et jusqu'à 50 % compris ;
- sur la base du triple du capital assuré, pour la partie du degré d'invalidité supérieure à 50 % et jusqu'à 100 % compris.

Le degré d'invalidité permanente est déterminé au moment de la consolidation par un médecin-conseil désigné par nous, conformément aux dispositions du Barème Officiel Belge des Invalidités et en fonction des lésions constatées et sans tenir compte de la profession ou des activités de l'assuré. Au plus tard trois ans après la date de l'accident, la consolidation des lésions est considérée contractuellement comme acquise et l'indemnisation est calculée sur la base du degré prévisible d'invalidité permanente.

En cas de contestation d'ordre médical au sujet du degré d'invalidité permanente, nous payons à la demande de l'assuré une provision sur la base du degré d'invalidité permanente que nous proposons.

Le capital sera versé à l'assuré dans un délai de 30 jours à compter de la date de l'accord écrit définitif entre l'assuré et nous ou, en cas de litige, à compter de la date de la décision judiciaire fixant définitivement le degré d'invalidité permanente et passée en force de chose jugée.

Article 9 : Que comprend la garantie Décès ?

Nous payons le capital qui est fixé pour l'assuré dans les conditions particulières lorsque son décès est la conséquence directe d'un accident couvert ou résulte d'une cause secondaire que l'accident aurait aggravé et telle que sans cette aggravation, le décès ne se serait pas produit.

Si, à la suite de l'accident couvert, nous avons déjà versé un capital pour l'invalidité permanente de l'assuré, cette somme sera déduite du capital dû au décès de l'assuré à la suite de cet accident.

Le capital est versé :

- au conjoint non divorcé ni séparé de corps, ni séparé de fait, ou au partenaire cohabitant de l'assuré ;
- à défaut de conjoint ou de partenaire cohabitant, aux enfants successibles de l'assuré ;
- à défaut de conjoint ou de partenaire cohabitant et d'enfants, à la succession à l'exception de l'État.

Le capital est payé dans un délai de 30 jours à compter du jour de la déclaration du décès ou de la réception par nous des pièces justificatives demandées.

Article 10 : Que comprend la garantie Assistance psychologique ?

Un assuré peut faire appel à un service d'assistance psychologique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en formant le numéro **02/664 79 19**, si cette assistance est nécessaire à la suite d'un accident accepté par nous. Un conseiller se chargera de son appel et organisera à sa demande la prise en charge par un psychologue. Nous prenons en charge jusqu'à trois consultations.

Dans le cadre de cette garantie, nous pouvons faire appel à un assistant. L'assistant agit comme prestataire de services pour notre compte. Il reçoit les appels et organise l'assistance psychologique. Les coordonnées de l'assistant sont mentionnées dans les conditions particulières. Nous nous réservons le droit de changer d'assistant en cours de contrat.

Article 11 : Deux garanties complémentaires en Omnium Famille

Si vous avez choisi la Formule Omnium Famille, les deux garanties suivantes s'appliquent également :

A. Garantie Frais médicaux pour les camarades de jeu

Nous garantissons le remboursement des frais médicaux, tels que définis à l'article 6 ci-dessus, nécessaires à la suite d'un accident survenu à un camarade de jeu lorsque celui-ci est placé sous votre surveillance ou celle de votre partenaire cohabitant et que les parents de l'enfant ne sont pas présents. Les camarades de jeu sont les enfants de tiers de moins de 14 ans qui viennent jouer avec un des/les enfants assurés.

Le remboursement maximal est de 2.500 euros par accident et par camarade de jeu. Pour le surplus, les dispositions de l'article 6 s'appliquent, y compris en ce qui concerne la franchise.

B. Garantie Frais de vétérinaire pour votre chien et votre chat

Nous garantissons le remboursement des frais vétérinaires nécessaires à la suite d'un accident couvert dont est victime votre chien ou votre chat. Notre intervention est limitée à un accident par année d'assurance et jusqu'à un montant maximal de 1.000 euros par accident. Nous appliquons une franchise de 100 euros par accident.

Ces frais vétérinaires sont remboursés sur présentation des pièces justificatives des frais exposés et du fait que vous ou votre partenaire cohabitant êtes le propriétaire de l'animal.

La garantie n'est pas accordée pour :

- vos chiens qui aident à chasser ;
- vos chiens et chats qui ont un lien quelconque avec votre activité professionnelle.

Sont exclus les frais vétérinaires liés :

- aux vaccinations, contrôles de routine, traitements contre les parasites ou autres traitements préventifs ;
- aux lésions infligées délibérément à l'animal par un assuré ;
- aux visites à domicile, sauf si le déplacement de l'animal n'est pas possible pour des raisons médicales ;
- aux maladies, sauf celles qui résultent directement d'un accident couvert ;
- aux contaminations et infections, sauf celles dues à une lésion corporelle ou une piqûre ;
- aux accidents dus à une affection préexistante ;
- aux frais exposés après la mort de l'animal.

Article 12: État antérieur

Nos prestations sont déterminées exclusivement d'après les conséquences directes de l'accident. Lorsque la lésion résultant de l'accident a atteint un organe, un membre ou une fonction déjà limités, nous indemnisons la perte fonctionnelle, tenant compte de la déduction pour l'invalidité préexistante.

Article 13: Indexation des montants assurés et de la prime

Les montants assurés et la prime sont indexés à chaque échéance de prime annuelle selon le rapport entre :

- d'une part, l'indice des prix à la consommation en vigueur au moment de l'échéance de prime annuelle. Pour cela, nous utilisons l'indice du premier mois du trimestre précédant la date d'échéance ;
- d'autre part, l'indice des prix à la consommation applicable au moment de la souscription et qui est stipulé dans les conditions particulières.

Les montants assurés sont ceux applicables à la dernière date d'échéance de prime annuelle avant l'accident.

Les franchises et le montant de 0,35 euros par km pour les frais de transport ne sont pas indexés.

Article 14: Paiement à un mineur, un interdit ou un autre incapable

Si nous devons faire un paiement à un mineur d'âge, un interdit ou un autre incapable en application du contrat, nous verserons les sommes sur un compte ouvert à son nom, frappé d'indisponibilité jusqu'à la majorité ou à la levée de l'incapacité, sans préjudice du droit de jouissance légale.

Les sommes ainsi versées peuvent être libérées sur autorisation spéciale du juge de paix, à la demande du tuteur ou de l'administrateur des biens selon les mêmes règles que celles applicables aux situations visées aux articles 410, § 1er, 14° ou 499/7, § 2 du Code civil.

3. LES SINISTRES

Article 15: Que faire en cas de sinistre ?

A. La déclaration

La déclaration d'un accident doit nous être faite dans un délai de 10 jours ou aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire. En cas de décès, la déclaration doit être faite dans les 2 jours.

B. Les certificats

Dans les 10 jours du début de l'incapacité de travail, vous devez nous adresser un certificat de premier constat de votre médecin traitant.

Les certificats médicaux relatifs à l'accident, au traitement, à l'état actuel ou antérieur de l'assuré de même que tous autres renseignements que nous demandons, doivent nous être fournis dans les 10 jours. Tous les certificats médicaux relatifs à l'état de santé de l'assuré doivent être envoyés à notre médecin-conseil.

C. Les soins médicaux

En cas d'accident, les soins d'un médecin doivent être prodigués à l'assuré jusqu'à ce que toutes les possibilités de guérison soient épuisées. Nous ne répondons pas de l'aggravation des conséquences d'un accident qui résulterait du retard dans la demande d'assistance médicale ou du refus de l'assuré de suivre le traitement médical indiqué.

D. L'envoi d'informations

L'assuré doit nous fournir tous les renseignements utiles pour déterminer le droit à l'indemnisation et demander aux médecins traitants toute information concernant son état de santé. Ces informations doivent être communiquées à notre médecin-conseil dans les plus brefs délais.

Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations que nous recevons et les réponses fournies à notre demande d'informations. À cet effet, notre médecin-conseil peut demander à l'assuré de passer un examen médical auprès d'un médecin que nous désignons. Nous prenons en charge les coûts de cet examen.

E. Mesures en cas de non-respect des obligations après un sinistre

Si vous ou l'assuré ne respectez pas l'une des obligations qui vous sont imposées et que nous subissons un préjudice de ce fait, nous pouvons réduire nos prestations à hauteur du préjudice subi. Si le manquement à l'une de vos obligations ou celles de l'assuré résulte d'une intention frauduleuse nous pouvons refuser notre intervention.

Article 16: Divergences d'opinion de nature médicale

En cas de désaccord au sujet d'un traitement médical, de la durée et/ou du degré de l'incapacité temporaire de travail, de l'origine et/ou du degré de l'invalidité permanente ou de la cause du décès, les parties s'en remettront aux avis conformes de deux médecins, le premier étant désigné par l'assuré, le second par nous-même.

En cas de divergence d'opinion, un troisième expert, dont la voix sera prépondérante, sera choisi par les deux experts ou, à défaut, par le Président du Tribunal du Travail de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente. 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.

Article 17: Quel recours avons-nous contre les tiers ?

Nous n'exerçons aucun recours contre les tiers responsables du dommage, à l'exception des frais médicaux.

Pour les frais médicaux, nous sommes subrogés dans les droits de la personne qui a exposé ces frais contre les tiers responsables du dommage. Sauf en cas de malveillance, nous ne disposons d'aucun droit de recours :

- d'une part, contre votre conjoint ou les personnes qui font partie de votre famille, et
- d'autre part, contre les ascendants ou descendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

Toutefois, nous pouvons exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est garantie par un contrat d'assurance.

4. LA DESCRIPTION DU RISQUE

Article 18: Que devez-vous nous déclarer à la souscription du contrat ?

À la souscription du contrat, vous devez nous déclarer exactement toutes les circonstances connues de vous et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque.

Si vous ne répondez pas à certaines de nos questions écrites et si nous avons néanmoins conclu le contrat, nous ne pouvons, hormis le cas de fraude, nous prévaloir ultérieurement de cette omission.

A. Omission ou inexactitude intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration nous induisent en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles nous sont dues.

B. Omission ou inexactitude non intentionnelles

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

Nous vous proposons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où nous avons eu connaissance de cette omission ou de cette inexactitude.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois.

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 n'avez pas accepté cette dernière, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

Si nous n'avons pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus nous ne pourrions plus nous prévaloir ultérieurement des faits qui nous sont connus.

Que se passe-t-il si un sinistre survient avant que la modification ou la résiliation de votre contrat n'ait pris effet ?

- Si l'omission ou la déclaration inexacte ne peut vous être reprochée, nous devons fournir la prestation convenue.
- Si l'omission ou la déclaration inexacte peut vous être reprochée, nous sommes tenus de fournir une prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que vous auriez dû payer si vous aviez régulièrement déclaré le risque.
- Toutefois, si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, notre prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

Article 19: Que devez-vous nous déclarer en cours de contrat ?

A. Aggravation de risque

Vous devez nous déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstance qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'événement assuré.

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

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, nous pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois.

Si vous refusez la proposition de modification ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, vous n'acceptez pas cette dernière, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours qui suivent l'expiration du délai d'un mois précité.

Si nous n'avons pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus nous ne pourrions plus nous prévaloir ultérieurement de l'aggravation du risque.

Que se passe-t-il si un sinistre survient avant que la modification ou la résiliation de votre contrat n'ait pris effet ?

- Si vous avez rempli votre obligation de déclaration comme prévu ci-dessus, nous sommes tenus d'effectuer la prestation convenue.
- Si vous n'avez pas rempli votre obligation de déclaration comme prévu ci-dessus :
 - Nous sommes tenus d'effectuer la prestation convenue lorsque le défaut de déclaration ne peut vous être reproché.
 - Nous sommes tenus d'effectuer notre prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que vous auriez dû payer si l'aggravation avait été prise en considération lorsque le défaut de déclaration peut vous être reproché.
 - Toutefois, si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, notre prestation en cas de sinistre est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.
 - Si vous avez agi dans une intention frauduleuse, nous pouvons refuser notre garantie. Les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de la fraude nous sont dues à titre de dommages et intérêts.

B. Diminution de risque

Lorsqu'au cours de l'exécution d'un contrat, le risque de survenance de l'événement assuré diminue d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous vous accorderons une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

Si nous ne parvenons pas à nous mettre d'accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution que vous avez formulée, vous pouvez résilier le contrat conformément aux dispositions de l'article 20.

5. LA RESILIATION DU CONTRAT

Article 20: Quand et comment le contrat peut-il être résilié ?

A. Vous pouvez résilier le contrat :

1. Avant la prise d'effet du contrat

Vous pouvez résilier le contrat lorsqu'un délai de plus d'un an sépare la date de conclusion du contrat et la date de prise d'effet. Vous devez notifier cette résiliation au plus tard trois mois avant la date convenue pour sa prise d'effet. La résiliation prend effet à la date de prise d'effet du contrat.

2. A la fin de chaque période d'assurance

Comme prévu à l'article 23, vous pouvez résilier le contrat à la fin de chaque période d'assurance mais au plus tard trois mois avant la date de son échéance.

La résiliation prend effet à la date de cette échéance.

3. Police combinée

Si nous résilions une ou plusieurs garanties de votre contrat, vous pouvez le résilier dans son intégralité.

4. Après sinistre

Vous pouvez résilier votre contrat en tout ou en partie après la survenance d'un sinistre. Cette résiliation doit intervenir, au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

La résiliation prend effet trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé de la résiliation.

5. Modification des conditions d'assurance et de la prime

Vous pouvez résilier votre contrat en cas de modification visée à l'article 24. Si vous n'avez reçu aucune information claire de notre part au sujet de la modification des conditions d'assurance, vous pouvez également résilier votre contrat.

6. Diminution du risque

Conformément à l'article 19 B, vous pouvez résilier le contrat si en cas de diminution du risque aucun accord n'est intervenu sur le montant de la nouvelle prime dans le mois de la demande de diminution de prime.

B. Nous pouvons résilier le contrat :

1. Avant la prise d'effet du contrat

Nous pouvons résilier le contrat lorsqu'un délai de plus d'un an sépare la date de conclusion du contrat et la date de prise d'effet. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la date de prise d'effet du contrat.

La résiliation prend effet à la date de prise d'effet du contrat.

2. A la fin de chaque période d'assurance

Comme prévu à l'article 23, nous pouvons résilier le contrat à la fin de chaque période d'assurance mais au plus tard trois mois avant la date de son échéance.

La résiliation prend effet à la date de cette échéance.

3. Police combinée

Si vous résiliez une ou plusieurs garanties de votre contrat, nous pouvons le résilier dans son intégralité.

4. En cas de défaut de paiement de la prime

Ainsi que prévu à l'article 22, à défaut de paiement de la prime dans les 15 jours à compter du lendemain de la mise en demeure, toutes les garanties du contrat seront suspendues à l'expiration de ce délai et nous résilierons le contrat à l'expiration d'un nouveau délai d'au moins 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

5. Après sinistre

Nous pouvons résilier le contrat en tout ou en partie après la survenance d'un sinistre. Cette résiliation doit intervenir, au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité, avec effet trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé de la résiliation.

Nous pouvons résilier le contrat à tout moment, si vous, un assuré ou un ayant droit ne respectez pas une des obligations résultant de la survenance d'un sinistre dans le but de nous induire en erreur, et à condition d'avoir déposé plainte contre une de ces personnes devant un juge d'instruction avec constitution de partie civile ou de l'avoir citée devant la juridiction de jugement, sur la base des articles 193, 196, 197, 496 ou 510 à 520 du Code pénal. La résiliation, prend effet au plus tôt un mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.

6. En cas d'omission, inexactitude dans la déclaration

Nous pouvons résilier le contrat en cas d'omission ou d'inexactitude non-intentionnelles dans la déclaration des données relatives au risque lors de la conclusion du contrat visées à l'article 18 B.

7. En cas d'aggravation du risque

Nous pouvons résilier le contrat en cas d'aggravation sensible et durable du risque en cours du contrat visé à l'article 19 A.

8. Décès du preneur d'assurance

Comme prévu à l'article 25, nous pouvons résilier le contrat après le décès du preneur d'assurance dans les trois mois à compter du jour où nous en avons eu connaissance.

C. Modalités de résiliation

1. Forme de la résiliation

a) La résiliation du contrat se fait soit par :

- lettre recommandée à la poste ;
- exploit d'huissier ;
- la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

b) La résiliation pour défaut de paiement de la prime ne peut se faire que soit par :

- lettre recommandée à la poste ;
- exploit d'huissier.

2. Prise d'effet de la résiliation

Sauf délais différents prévus dans d'autres dispositions du contrat, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification de l'exploit d'huissier ou du lendemain de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt.

3. Remboursement de la prime payée

Si tout ou partie du contrat prend fin en cours d'année d'assurance, le prorata de prime afférent à la période postérieure à la cessation de tout ou partie du contrat vous sera remboursé.

6. LE PAIEMENT DE LA PRIME

Article 21: Que devez-vous payer et quand ?

La prime est calculée en fonction de la formule et des garanties choisies, ainsi que des montants assurés. Le montant de la prime est indiqué sur l'avis d'échéance et comprend les taxes, les contributions et les frais. La prime est adaptée à chaque échéance annuelle de la prime, comme précisé à l'article 13.

La prime est annuelle et payable anticipativement, après réception de l'invitation à payer.

Article 22: Que se passe-t-il si la prime n'est pas payée ?

En cas de non-paiement de la prime à l'échéance, nous vous adressons par exploit d'huissier ou par lettre recommandée un rappel valant mise en demeure. Nous vous réclamerons à cette occasion une indemnité forfaitaire équivalente à la somme de 12,50 euros (indice 111,31 - août 2009 - base 2004 = 100), due 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 la base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 euros.

À défaut de paiement de la prime dans les 15 jours à compter du lendemain de cette mise en demeure, toutes les garanties du contrat seront suspendues à l'expiration de ce délai et le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai d'au moins 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

Si les garanties sont suspendues, les primes venant à échéance pendant la période de suspension restent dues, à condition que vous ayez été mis en demeure comme indiqué ci-avant. Nous ne pouvons toutefois pas vous réclamer les primes afférentes à plus de deux années consécutives. Les garanties seront remises en vigueur au moment du paiement effectif et intégral des primes échues.

7. LA VIE DU CONTRAT

Article 23: À partir de quand êtes-vous assuré et pour quelle durée ?

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

La durée du contrat est fixée aux conditions particulières et ne peut excéder un an. À la fin de la période d'assurance, le contrat est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an, sauf si l'une des parties le résilie au moins trois mois avant son échéance.

Article 24: Que se passe-t-il en cas de modification des conditions d'assurance et/ou des primes ?

Si nous modifions les conditions d'assurance et/ou le tarif, nous pouvons appliquer ces modifications dès l'échéance annuelle suivante, après vous en avoir avisé au moins quatre mois avant l'échéance annuelle. Dans ce cas, vous pouvez résilier votre contrat jusqu'à trois mois avant l'échéance annuelle. Si nous vous avertissons de ces modifications moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, et que vous n'êtes pas d'accord, vous avez le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois suivant la réception de cette notification.

Article 25: Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance ?

En cas de décès du preneur d'assurance, les droits et obligations nés du contrat d'assurance sont transmis aux nouveaux titulaires de l'intérêt assuré.

Toutefois, tant les nouveaux titulaires de l'intérêt assuré que nous-même pouvons résilier le contrat, les nouveaux titulaires par lettre recommandée dans les trois mois et quarante jours du décès et nous-même selon une des formes prévues à l'article 20 C, 1 a) dans les trois mois à compter du jour où nous aurons eu connaissance du décès.

LEXIQUE

Les mots suivants apparaissent dans votre contrat. Que signifient-ils précisément ?

Nous

AG SA, entreprise d'assurances dont le siège social est établi 53, Boulevard E. Jacqmain, 1000 Bruxelles - RPM Bruxelles - BE 0404.494.849.

Vous

Le preneur d'assurance, la personne qui souscrit cette assurance.

Accident

Un événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Sont assimilés à un accident, les hernies, les ruptures ou déchirures musculaires, les foulures et luxations, qui sont la conséquence directe d'un effort physique intense et qui se manifestent d'une manière immédiate et soudaine.

Acte notoirement téméraire

Est considéré comme un acte notoirement téméraire un acte volontaire ou une négligence exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

Consolidation

Le moment où l'état des lésions peut être considéré comme définitif parce que plus aucune aggravation ou amélioration n'est attendue.

Délai de carence

Le délai indiqué aux conditions particulières, qui prend cours à partir du 1er jour d'incapacité temporaire et qui doit être écoulé avant que le droit à l'indemnité ne commence.

Non-rémunéré

L'absence de toute forme de rémunération.

Partenaire ou partenaire cohabitant

La personne qui cohabite avec le preneur d'assurance au moment de l'accident et qui a la même résidence principale que ce dernier.

Résidence principale

L'adresse à laquelle le preneur d'assurance ou un assuré sont inscrits dans le registre de la population d'une commune en Belgique.

Terrorisme

Une action ou 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.