



déplacements et loisirs

Conditions d'assurances VivaZen

formule à la carte



Mars 2013

Sommaire

section	page	contenu
1 Etendue et objet de l'assurance	3	
	3	Qui désignons-nous par... ?
	3	Quels sont l'objet et l'étendue de l'assurance ?
	5	Quelles sont nos prestations ?
	11	Dans quels cas n'accordons-nous pas de prestations ?
	12	Quelles sont les personnes exclues ?
	12	Que se passe-t-il en cas de sinistre ?
2 Quelles sont les dispositions administratives ?	14	
	14	Quand le contrat se forme-t-il et produit-il ses effets ?
	14	Quelle est la durée du contrat ?
	14	Quelles sont vos obligations de déclaration à la souscription ?
	15	Quelles sont vos obligations de déclaration en cours de contrat ?
	16	Que faut-il savoir du paiement de la prime ?
	17	Que se passe-t-il si nous modifions notre tarif ou nos conditions d'assurances ?
	17	Quand et comment peut-on résilier le contrat ?
	20	Quand le contrat prend-il fin ?
	20	Pluralité de Preneurs d'assurance
	20	Domicile et communication
	20	Que se passe-t-il en cas de contestations ?
	21	Quelles sont les juridictions compétentes ?
	21	Qu'en est-il de la prescription ?
	21	Quelle est la loi applicable ?

1 Etendue et objet de l'assurance

1.1 Qui désignons-nous par... ?

1.1.1 Vous

Le **Preneur d'assurance** et les **Assurés**.

1.1.2 Nous

La **Compagnie** d'assurances auprès de laquelle le contrat est souscrit c'est-à-dire :

AXA Assurances Luxembourg s.a. 1, place de l'Etoile L-1479 Luxembourg.

1.1.3 Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat, tant pour son compte que pour celui des autres personnes énumérées ci-dessous, et qui est tenue au paiement des primes. Elle doit avoir plus de 18 ans et 65 ans maximum à la souscription du contrat.

1.1.4 Assurés

- Désigne la personne sur qui repose le risque.
- A (Ont) la qualité d'**Assuré** la (les) personne(s) mentionnée(s) aux conditions particulières.

1.1.5 Bénéficiaire

- Pour la garantie décès : sauf stipulation contraire aux conditions particulières, le conjoint de l'**Assuré** ni divorcé, ni séparé de fait ou de droit, à défaut les héritiers légaux de l'**Assuré** jusqu'au 4^{ème} degré inclus.

Faute de **Bénéficiaire**, **nous** remboursons les frais funéraires effectivement supportés par la personne qui les a exposés, jusqu'à concurrence du capital assuré.

- Pour les autres garanties : l'**Assuré** lui-même.

1.2 Quels sont l'objet et l'étendue de l'assurance ?

1.2.1 Quel est l'objet du contrat ?

- **Nous** garantissons le paiement des prestations choisies et mentionnées aux conditions particulières lorsqu'un **Assuré** est victime d'un **accident** survenu dans le cours de sa vie privée et de ses activités professionnelles déclarées.

L'assurance peut être limitée aux **accidents** de la vie privée via mention aux conditions particulières.

- Pour l'enfant, l'étudiant ou l'apprenti, la garantie reste acquise lors des travaux rétribués ou non, effectués pendant les vacances scolaires ou le temps libre, mais à l'exclusion des **accidents** qui relèvent de la législation sur les accidents du travail ou sur le chemin du travail.

Les présentes conditions d'assurance et les conditions particulières qui y sont jointes forment le contrat d'assurance.

Les conditions particulières mentionnent la formule d'assurance choisie, les prestations garanties et les sommes assurées; elles complètent les conditions d'assurance et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

1.2.2 Qu'entendons-nous par accident ?

L'**accident** désigne l'événement soudain qui entraîne une lésion corporelle ou le décès et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Pour les professions médicales et paramédicales, la définition de l'**accident** est étendue aux infections contractées dans l'exercice de la profession déclarée et dues à un agent infectieux ayant pénétré dans l'organisme par une lésion externe ou par l'introduction accidentelle dans les yeux, les oreilles, le nez ou la bouche. Restent cependant exclues les maladies liées à une grave inobservation des mesures de précaution commandées par les circonstances ainsi que celles auxquelles se trouve exposé l'ensemble de la population sans intervention nécessaire d'un risque professionnel (par exemple : grippe, dysenterie, sida, malaria, hépatite virale, ...).

Nous considérons aussi comme **accident** :

- la noyade, l'hydrocution ou l'asphyxie ;
- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou l'absorption par méprise de substances toxiques ou corrosives ;
- les brûlures, l'électrocution ou la chute de la foudre ;
- les lésions survenues ou le décès survenu en cas de légitime défense ou au cours de la participation à des opérations de sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- le tétanos, la rage ou la maladie du charbon ;
- les atteintes à la santé présentant des symptômes objectifs contrôlables par examen médical et à condition qu'elles soient la conséquence directe et exclusive d'un **accident** garanti ;
- les élongations et ruptures de muscles, tendons ou ligaments provenant d'un effort violent et soudain à condition qu'il soit établi que ces lésions ne sont pas dues à l'état antérieur de la victime.

1.2.3 Qu'entendons-nous par sinistre ?

L'**accident** défini ci-dessus.

1.2.4 Quels sont les sports couverts ?

La pratique de tous les sports à titre d'amateur non rémunéré, même en compétition, est couverte.

Toutefois, ne sont pas couverts, sauf si les conditions particulières le stipulent autrement :

la pratique des sports de combat et arts martiaux (notamment le karaté, la lutte, le judo, la boxe, ...), la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome ou ceinture lestée, le yachting à voile ou à moteur à plus de 3 milles marins des côtes, le bobsleigh, le steeple-chase, l'alpinisme ou autre sorte d'escalade extérieure, le skeleton, la spéléologie, le rafting et le canyoning.

Ne sont jamais couverts :

les sports aériens sous toutes leurs formes (notamment l'aviation, le deltaplane, le parachutisme, le vol à voile, le saut à l'élastique, ...) et la compétition, l'entraînement ou l'essai de véhicules à moteur sauf les rallyes touristiques.

1.2.5 Quels sont les moyens de transport couverts ?

Sans préjudice des dispositions ci-dessus, l'utilisation comme conducteur ou passager d'un moyen de transport terrestre ou maritime est couverte à l'exclusion de l'usage d'un quad ou d'une motocyclette sauf si les conditions particulières le stipulent autrement.

Par motocyclette, **nous** entendons tout véhicule à deux ou trois roues de plus de 50 cm³ et dont la vitesse en palier dépasse 40 km/h.

L'**Assuré** est couvert également en tant que simple passager d'un appareil de navigation aérienne dûment autorisé pour le transport de personnes.

1.2.6 Où êtes-vous assuré ?

L'assurance est valable dans le monde entier.

1.2.7 Qu'en est-il de l'indexation de votre contrat ?

Sauf convention contraire, les limites de garanties, les sommes assurées, la prime et les franchises éventuelles varient à l'échéance annuelle du contrat selon le rapport existant entre l'indice semestriel des prix à la consommation établi par le Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques du Luxembourg, en vigueur à ce moment et l'indice semestriel des prix à la consommation indiqué aux dernières conditions particulières.

En cas de **sinistre**, l'indice pris en considération pour la dernière prime échue servira à déterminer le montant de la somme assurée.

En cours de contrat, il est possible de renoncer à l'indexation des garanties et de la prime pour la prochaine échéance annuelle de la prime, à condition de **nous** en avertir au plus tard 3 mois avant cette date. Dans ce cas, les sommes assurées pour chacune de ces garanties ainsi que la prime correspondante sont maintenues à leur montant atteint à la dernière échéance annuelle.

1.3 Quelles sont nos prestations ?

Nous intervenons, en cas de **sinistre** couvert, suivant les montants et les garanties souscrits et mentionnés aux conditions particulières :

1.3.1 En cas de décès

Nous payons le capital assuré aux **Bénéficiaires** lorsque l'**Assuré** décède dans un délai de trois ans à dater du jour de l'**accident**.

Le capital est payé dans un délai de 15 jours à partir de la déclaration du décès et de la réception des pièces justificatives demandées par la **Compagnie**.

Si le décès survient postérieurement au versement d'indemnités pour invalidité permanente, les montants payés à ce titre seront déduits de la prestation due en cas de décès.

Si l'**Assuré** disparaît à la suite d'un **accident** survenu au moyen d'un transport public dans lequel il a pris place ou suite à une catastrophe naturelle survenue à l'étranger, et qu'un an après l'événement, la preuve officielle du décès ne peut pas encore être fournie, **nous** versons le capital assuré. En cas de réapparition de l'**Assuré**, notre prestation doit **nous** être remboursée par ceux qui l'ont reçue. Elle leur est cependant définitivement acquise cinq ans après que **nous** l'ayons versée.

1.3.2 En cas d'invalidité permanente (totale ou partielle)

1.3.2.1 Détermination du taux d'invalidité

L'invalidité permanente est l'atteinte à l'intégrité corporelle de l'**Assuré**. Son taux est déterminé par décision médicale en fonction du Barème Officiel Français des invalidités en vigueur lors de la consolidation, sans pouvoir dépasser 100% et sans tenir compte de la profession exercée ou des occupations de l'**Assuré**.

Le taux d'invalidité permanente est fixé dès la consolidation des lésions de l'**Assuré** et au plus trois ans après la date de l'**accident**.

Par consolidation, **nous** entendons la date à laquelle les séquelles ne sont plus susceptibles d'évoluer.

Pour les cas non prévus dans ce barème, le taux d'invalidité est déterminé par comparaison et analogie.

Si l'**Assuré** est gaucher, les taux fixés pour le membre supérieur droit s'appliquent au membre supérieur gauche et inversement. Un ambidextre est considéré comme étant droitier.

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

Lorsqu'un membre ou un organe a subi plusieurs atteintes à la suite d'un même **sinistre**, seul le degré le plus élevé est retenu.

1.3.2.2 Détermination et paiement de la prestation assurée

Nous payons à l'**Assuré** dans un délai de 15 jours à partir de la consolidation définitive des lésions, une indemnité proportionnelle au taux d'invalidité constaté, calculée selon la table d'indemnisation précisée aux conditions particulières.

L'**Assurée** peut choisir entre les tables d'indemnisation suivantes :

- proportionnelle :
 - sur base du capital assuré, proportionnellement au taux d'invalidité constaté.
- proportionnelle avec une franchise de 10% :
 - sur base du capital assuré proportionnellement au taux d'invalidité constaté sans tenir compte des 10 premiers % d'invalidité pour déterminer l'indemnité.

- progressive dite 1-2-3 :
 - sur base du capital assuré, pour la part du taux d'invalidité allant de 1% à 25%
 - sur base du double du capital assuré, pour la part du taux d'invalidité allant de 26% à 50%
 - sur base du triple du capital assuré, pour la part du taux d'invalidité allant de 51% à 100%.
- progressive dite 1-3-5 :
 - sur base du capital assuré, pour la part du taux d'invalidité allant de 1% à 25%
 - sur base du triple du capital assuré, pour la part du taux d'invalidité allant de 26% à 50%
 - sur base du quintuple du capital assuré, pour la part du taux d'invalidité allant de 51% à 100%.

Si un an après l'**accident** notre médecin-conseil estime que la détermination définitive du taux d'invalidité permanente n'est pas encore possible, l'**Assuré** peut demander la fixation provisoire d'un taux et percevoir une provision égale à la moitié de l'indemnité qui correspond à ce taux provisoire. Ce paiement reste acquis à l'**Assuré**.

Aucune prestation pour invalidité n'est due lorsque l'**Assuré** décède avant la consolidation ou avant le versement provisionnel prévu ci-avant. Si l'**Assuré** dont l'état a été provisoirement consolidé décède avant la consolidation définitive, aucune indemnité supplémentaire n'est due pour l'invalidité permanente.

1.3.3 En cas de frais médicaux

Nous remboursons à concurrence de la somme assurée, jusqu'à la consolidation des lésions mais au maximum pendant trois ans à compter du jour du **sinistre**, les frais de traitement prestés ou prescrits par un médecin et indispensables à la guérison de l'**Assuré**.

Nous entendons par frais de traitement :

Les frais médicaux, les frais pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation, les frais de rééducation, les frais de chirurgie esthétique, les frais de transport médicalement nécessaire mais à l'exclusion des frais de rapatriement de l'**Assuré** victime d'un **sinistre** à l'étranger, les frais de prothèse provisoire (dentaire, auditive, optique et orthopédique) et/ou de première prothèse (dentaire, auditive, optique et orthopédique).

Les frais de transport sont remboursés à concurrence de maximum 20% de la somme assurée et sur la base de 0,40€ par km en cas d'utilisation d'un véhicule particulier.

Nous prenons également en charge le remplacement ou la réparation des prothèses préexistantes (sauf les lunettes et les lentilles de contact) si la détérioration résulte d'un **accident** corporel couvert.

La garantie est étendue à concurrence de 200% de la somme assurée aux :

- frais de location de matériel médical non mis à disposition par les établissements hospitaliers et/ou de soins ;
- frais exposés pour les aménagements immobiliers et mobiliers (véhicule compris), dès lors qu'ils sont indispensables en raison du handicap physique et prescrits par le médecin-expert désigné par la **Compagnie**.

Nous réglons tous les frais couverts dans les 15 jours de la présentation des justificatifs. En cas d'hospitalisation de plus de 5 jours, **nous** payons immédiatement une provision de 125€ à l'indice de souscription sur présentation d'un justificatif émanant de l'hôpital.

La présente garantie est acquise en complément et après épuisement des interventions dues par des organismes de la Sécurité Sociale, de la Caisse de prévoyance ou de tout autre organisme similaire, sans que la victime puisse recevoir une indemnité totale supérieure aux dépenses réelles.

1.3.4 En cas d'incapacité temporaire

Nous payons l'indemnité journalière indiquée aux conditions particulières en cas d'incapacité temporaire totale de travail pendant la durée de l'incapacité de travail attestée médicalement.

En cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est réduite d'un montant correspondant au degré de la capacité de travail.

Si au moment du **sinistre** l'**Assuré** n'exerce aucune profession, l'indemnité est réduite de 50% dès qu'il n'est plus obligé, de l'avis du médecin, de garder la chambre.

L'indemnité est payable pour chaque jour y compris les dimanches et les jours fériés à l'expiration du délai de carence prévu aux conditions particulières.

Par délai de carence, **nous** entendons le délai qui s'écoule avant que le droit à l'indemnisation ne commence.

La période d'indemnisation a une durée maximum de 365 jours à compter de la date du **sinistre** sauf si les conditions particulières le stipulent autrement.

1.3.5 En cas d'hospitalisation

Nous payons l'indemnité journalière indiquée aux conditions particulières, pour toute hospitalisation de plus de 24 heures, et par tranche de 24 heures entamée. La période d'indemnisation a une durée maximum de 365 jours à compter de la date du **sinistre**.

1.3.6 Le forfait Confort Jeune

Nous accordons en cas de **sinistre** couvert, à concurrence de la somme assurée, les prestations suivantes :

- pour l'enfant assuré, une indemnité forfaitaire de rattrapage scolaire de 25€ à l'indice de souscription, par journée d'incapacité temporaire totale à fréquenter les cours, justifiée par un certificat médical, pour autant que l'enfant ait manqué les cours pendant au moins 15 jours consécutifs. Sont pris en compte les cours de la 1^{ère} année primaire jusqu'à la fin des études secondaires ou considérée comme équivalente. La période d'indemnisation a une durée maximum de 60 jours.
- pour l'enfant assuré âgé de moins de 14 ans à la date du **sinistre** et hospitalisé, une indemnité forfaitaire de frais de séjour de 25€ par jour à l'indice de souscription lorsque la mère ou le père est amené(e) à séjourner auprès de lui dans le même établissement ou à proximité de celui-ci. Les frais de transport sont compris dans ce forfait. La période d'indemnisation a une durée maximum de 60 jours.

- pour l'enfant assuré âgé de moins de 14 ans à la date du **sinistre**, une indemnité forfaitaire de frais de garde de 25€ à l'indice de souscription, par journée d'incapacité temporaire totale à partir du 1er jour de l'incapacité. L'enfant doit être tenu de rester au domicile sur base d'un certificat médical. Il doit être établi également que les deux parents exercent une activité professionnelle. La période d'indemnisation a une durée maximum de 60 jours.
- pour l'enfant assuré, provisoirement handicapé à la suite d'un **accident**, le remboursement des frais inhabituels exposés pour lui permettre de se rendre du domicile à son école et d'en revenir, à concurrence d'un maximum de 25€ à l'indice de souscription, par jour et sur production de justificatifs. Cette prestation est étendue au transport de l'élève de moins de 14 ans dont les parents sont soit hospitalisés plus de 48 heures, soit décédés. L'indemnisation est calculée sur la base de 0,40€ par km en cas d'utilisation d'un véhicule particulier. La période d'indemnisation a une durée maximum de 60 jours.
- en dehors d'un **sinistre**, pour l'enfant assuré, le remboursement de son cartable, fournitures et manuels scolaires, en cas de vol, après dépôt de plainte auprès des autorités de police. **Nous** intervenons une fois par année d'assurance et à concurrence d'un maximum de 100€ à l'indice de souscription sur base de leur valeur le jour du **sinistre**.

Nous réglons tous les frais couverts dans les 15 jours de la présentation des justificatifs. Les différentes prestations peuvent se cumuler jusqu'à épuisement du montant indiqué aux conditions particulières au titre de la garantie forfait Confort Jeune, dans l'ordre de priorité fixé par le **Preneur d'assurance**.

1.3.7 [Le forfait Confort Adulte](#)

Nous accordons en cas de **sinistre** couvert, à concurrence de la somme assurée, les prestations suivantes :

- pour l'**Assuré** hospitalisé ou qui n'est plus en mesure de se charger de la garde des enfants de moins de 14 ans à la date du **sinistre** vivant dans le même ménage, le remboursement des frais de garde à concurrence d'un maximum de 25€ à l'indice de souscription, par jour et sur production de justificatifs. La période d'indemnisation a une durée maximum de 45 jours.
- pour l'**Assuré** qui nécessite des soins à domicile prescrits par un médecin et approuvés par notre médecin-conseil, le remboursement des frais de soins au domicile à concurrence d'un maximum de 25€ à l'indice de souscription, par jour et sur production de justificatifs. La période d'indemnisation a une durée maximum de 45 jours.
- pour l'**Assuré** qui est incapable d'effectuer ses tâches ménagères habituelles, le remboursement des frais exposés pour une aide ménagère à concurrence d'un maximum de 25€ à l'indice de souscription, par jour et sur production de justificatifs. Une incapacité de travail d'au moins 50% doit être attestée par un médecin. La période d'indemnisation a une durée maximum de 45 jours.
- pour l'**Assuré**, provisoirement handicapé à la suite d'un **accident**, le remboursement des frais inhabituels exposés pour lui permettre de se rendre du domicile à son travail et d'en revenir, à concurrence d'un maximum de 25€ à l'indice de souscription, par jour et sur production de justificatifs. L'indemnisation est calculée sur la base de 0,40€ par km en cas d'utilisation d'un véhicule particulier. La période d'indemnisation a une durée maximum de 45 jours.

Nous réglons tous les frais couverts dans les 15 jours de la présentation des justificatifs. Les différentes prestations peuvent se cumuler jusqu'à épuisement du montant indiqué aux conditions particulières au titre de la garantie forfait Confort Adulte, dans l'ordre de priorité fixé par le **Preneur d'assurance**.

1.3.8 Le forfait Assistance

Lorsque l'**Assuré** est victime d'un **sinistre** couvert à l'étranger, **nous** remboursons à concurrence de la somme assurée les prestations suivantes :

- les frais de recherche et de sauvetage de l'**Assuré** accidenté ;
- les frais de rapatriement au domicile de l'**Assuré** dont le médecin ordonne le rapatriement en vue de favoriser la guérison ou, en cas de décès, du corps de l'**Assuré** ; les frais de rapatriement du corps sont versés à la ou aux personne(s) qui, dans la garantie décès, a ou ont la qualité de **Bénéficiaire** ;
- les frais de voyage, aller et retour, du domicile au lieu où l'**Assuré** est accidenté et immobilisé, exposés par son conjoint ou l'un de ses proches (ascendants, descendants, frères ou sœurs), pour autant que son état exige la présence d'une de ces personnes et que le rapatriement soit médicalement impossible ;
- les frais de prolongation du séjour à l'hôtel (chambre + petit déjeuner) de l'**Assuré**, ordonnée par un médecin, à concurrence de 75€ à l'indice de souscription par jour pendant 10 jours, sur production de justificatifs ;
- les frais de voyage d'une personne désignée par la famille afin de s'occuper des enfants de l'**Assuré** accidenté ainsi que les frais d'hôtel (chambre + petit déjeuner) de cette personne, à concurrence de 125€ à l'indice de souscription. **Nous** intervenons pour autant qu'aucun autre membre de la famille déjà sur place ne puisse s'occuper des enfants ;
- la partie du forfait "Remonte-pentes" en cas de séjour au ski pour la période non utilisée à concurrence de 200€ maximum à l'indice de souscription, si l'**Assuré** est hospitalisé plus de 24 heures ou s'il doit être rapatrié.

Par frais de voyage, **nous** entendons le remboursement d'un billet de train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique ou en cas d'utilisation d'une voiture particulière, le remboursement des frais sur base de 0,40€ par km.

La présente garantie est acquise en complément et après épuisement des interventions dues par des organismes de la Sécurité Sociale, de la Caisse de prévoyance ou de tout autre organisme similaire, sans que la victime puisse recevoir une indemnité totale supérieure aux débours réels.

Nous réglons tous les frais couverts dans 15 jours de la présentation des justificatifs. Les différentes prestations peuvent se cumuler jusqu'à épuisement du montant indiqué aux conditions particulières au titre de la garantie forfait Assistance, dans l'ordre de priorité fixé par le **Preneur d'assurance**.

1.4 Dans quels cas n'accordons-nous pas de prestations ?

1.4.1 Nous n'accordons jamais de prestations pour :

- les affections allergiques ;
- les hernies viscérales et discales, les varices et leurs complications, les lombagos et les sciatiques ;
- les complications et **accidents** imputables à des traitements médicaux et chirurgicaux non nécessités par un **accident** garanti ;
- les troubles subjectifs ou psychiques sans support organique apparent ;
- les maladies en général, c'est-à-dire toute altération de la santé dont l'origine ne peut être attribuée à un traumatisme, s'agissant par exemple des maladies ou infirmités graves évoquées au point 1.5 ci-après, ou encore d'une altération de la santé liée à une piqûre ou une morsure d'insecte, une transfusion sanguine,...
- la participation à la navigation aérienne en tant que pilote ou membre d'équipage ;
- les **accidents** résultants de la conduite d'un moyen de transport terrestre ou maritime sans être titulaire d'un permis de conduire valable prescrit par la réglementation afférente ;
- les **accidents** dus à une des fautes lourdes énumérées ci-après :
 - l'état d'ivresse ou l'intoxication alcoolique, l'état analogue à l'ivresse causé par l'utilisation de produits ou substances autres que des boissons alcoolisées ;
 - les paris, les défis ;
 - la pratique d'activités sportives dans des conditions telles qu'elles constituent, de l'avis des spécialistes, des actes téméraires ou périlleux ;

Toutefois, **nous** prenons le **sinistre** en charge si l'**Assuré** ou ses ayants droit prouvent l'absence de relation causale entre la faute lourde et l'**accident**.

- les conséquences de la participation à une rixe ou à tout autre acte de violence ;
- les conséquences de faits de guerre, d'agression bactériologique ou chimique, y compris la guerre civile ou tous actes de violence d'inspiration collective accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ; toutefois, la garantie est maintenue pendant 14 jours à dater du début des hostilités lorsque l'**Assuré** est surpris par le déclenchement d'une guerre à l'étranger ;
- les conséquences d'une émeute, d'une grève ou d'un acte de terrorisme sauf s'il est prouvé que la victime n'y a pris aucune part active, légitime défense acceptée ;
- les conséquences de cataclysmes de la nature survenus au Grand-Duché de Luxembourg ;
- les conséquences directes ou indirectes de la modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes. Les garanties restent cependant acquises en cas de rayonnement médical nécessité par un **sinistre** couvert ;
- le suicide ou la tentative de suicide ;
- les **accidents** ou lésions provoqués intentionnellement par l'**Assuré** ou le **Bénéficiaire** ;
- l'aggravation des conséquences d'un **sinistre**, qui résulterait de la négligence de l'**Assuré** à suivre un traitement médical régulier et approprié ;

- les **accidents** survenant dans la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel.

Si la **Compagnie** invoque la non-couverture du risque, il lui appartient d'apporter la preuve du fait qui conduit à l'extinction de son obligation.

1.4.2 [Nous accordons des prestations réduites pour :](#)

les conséquences du non-respect de la réglementation sur le port obligatoire de la ceinture de sécurité ou du casque. Les indemnités dues seront réduites d'un tiers. La preuve du non respect de la réglementation **nous** appartient.

1.5 [Quelles sont les personnes exclues ?](#)

Nous n'assurons pas les personnes souffrant d'une maladie ou d'une infirmité grave telle que surdité, cécité, paralysie, apoplexie, épilepsie, diabète, aliénation mentale, tuberculose, maladie de la moelle épinière et du cœur, ou autre de gravité analogue. L'existence de telles atteintes chez un **Assuré** entraîne la déchéance des garanties.

1.6 [Que se passe-t-il en cas de sinistre ?](#)

1.6.1 [Déclaration et obligations de l'Assuré](#)

Pour **nous** permettre de régler au mieux le **sinistre**, certaines démarches sont indispensables.

Plus particulièrement, **vous** devez :

- **nous** déclarer le **sinistre** dès que possible et en tout cas au plus tard dans les 8 jours calendrier de sa survenance sauf cas de force majeure et **nous** fournir sans retard tous renseignements utiles pour déterminer les circonstances et l'étendue des dommages ;

La déclaration de **sinistre** doit renseigner la date et l'heure, la nature, les causes, les circonstances, les conséquences et le lieu du **sinistre**, les noms, prénoms et domicile des témoins éventuels. La déclaration doit également être accompagnée d'un certificat médical spécifiant la nature des lésions.

- prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les dommages ;
- autoriser le médecin et les délégués de la **Compagnie** à rencontrer l'**Assuré** et faciliter leurs constatations ;
- fournir à notre demande tous certificats et rapports médicaux et tous renseignements concernant l'état de santé de la victime, avant ou après l'**accident**, et l'évolution du traitement médical.

Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour **nous** de faire contrôler votre état de santé, à tout moment, par un médecin que **nous** avons désigné. Ses conclusions **vous** seront communiquées. En cas de désaccord, deux experts médicaux seront consultés, chacune des parties choisissant le sien. S'il y a divergence entre eux, ils s'en adjoindront un troisième pour les départager. Les experts sont dispensés de toute formalité judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son propre expert et la moitié de ceux du tiers-expert.

En cas de décès, **nous** pourrons faire procéder, à nos propres frais, à une autopsie.

Par le seul fait de la souscription du présent contrat, l'**Assuré** consent anticipativement à ce que son médecin transmette à notre médecin-conseil un certificat établissant la cause du décès.

La **Compagnie** se réserve le droit de demander le procès-verbal, constatant l'**accident**, dressé par les autorités compétentes.

En cas d'inobservation des obligations prévues ci-dessus, et si le manquement **nous** cause préjudice, **nous** avons le droit de réduire la prestation, à concurrence du préjudice subi.

Nous pouvons par contre décliner notre garantie si ce manquement a été fait dans une intention frauduleuse dont la preuve **nous** incombe.

1.6.2 [Etat antérieur et aggravation](#)

Pour l'évaluation de nos prestations, il sera seulement tenu compte des suites que l'**accident** aurait eues sur un organisme sain, physiologiquement et anatomiquement normal.

Si un état antérieur, une maladie préexistante ou un manque de soins dû à la négligence aggrave les conséquences du **sinistre**, seules seront indemnisées les suites que le **sinistre** aurait eues sans l'incidence de cet état.

1.6.3 [Choix du médecin](#)

Pour ses soins, l'**Assuré** a toujours le libre choix de son médecin ou de l'établissement hospitalier.

1.6.4 [Recours contre les tiers responsables](#)

Nous renonçons à tout recours contre les responsables du **sinistre** sauf en ce qui concerne les frais médicaux et le forfait Assistance. Pour ces deux postes d'indemnisation, **nous** sommes subrogés dans tous les droits et actions de l'**Assuré** contre les tiers, du chef de ces frais. Sauf fait intentionnel et faute grave, **nous** n'exercerons pas notre droit de subrogation relatif à ces frais contre le **Preneur d'assurance** et les personnes qui habitent avec lui, dont la responsabilité n'est pas couverte par un contrat d'assurance.

2 Quelles sont les dispositions administratives ?

2.1 Quand le contrat se forme-t-il et produit-il ses effets ?

Le contrat est formé par la signature des conditions particulières par les parties contractantes. Il produit ses effets à partir du jour et de l'heure fixés aux conditions particulières. A défaut de mention de l'heure, celle-ci est fixée à 0 heure du jour de la prise d'effet. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant.

2.2 Quelle est la durée du contrat ?

L'assurance est conclue pour la durée prévue aux conditions particulières.

Néanmoins, le **Preneur d'assurance** et la **Compagnie** ont le droit de résilier l'assurance chaque année à l'échéance annuelle de la prime, ou, à défaut à la date d'anniversaire de la prise d'effet du contrat, en envoyant une lettre recommandée à l'autre partie au moins trente jours avant cette date dans le chef du **Preneur d'assurance** et au moins soixante jours dans le chef de la **Compagnie**.

Sans préjudice de l'alinéa précédent, pour les contrats à primes annuelles, le **Preneur d'assurance** a le droit de résilier le contrat endéans un délai de trente jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance de la prime annuelle.

A la fin de la durée initiale d'assurance, l'assurance est reconduite tacitement d'année en année, sauf application de l'alinéa ci-dessus. L'assurance conclue pour une durée inférieure à une année ne se renouvelle pas tacitement.

En aucun cas, la durée de la tacite reconduction ne peut être supérieure à une année.

2.3 Quelles sont vos obligations de déclaration à la souscription ?

Le contrat est établi d'après les déclarations du **Preneur d'assurance** et la prime est fixée en conséquence. Le **Preneur d'assurance** doit déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par la **Compagnie** les risques qu'elle prend à sa charge.

Le contrat sera frappé de nullité lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induit la **Compagnie** en erreur sur les éléments d'appréciation du risque. En pareil cas, les primes payées lui demeureront acquises. La **Compagnie** aura droit tant au remboursement des **sinistres** éventuellement réglés qu'au paiement de toutes les primes échues jusqu'au moment où la **Compagnie** a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Par ailleurs, en cas de **sinistre**, la **Compagnie** peut décliner sa garantie.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, la **Compagnie** peut proposer, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de cette déclaration, une modification du contrat avec effet au jour de cette connaissance.

Toutefois si la **Compagnie** prouve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le même délai que celui mentionné ci-dessus.

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.

Si un **sinistre** survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, la **Compagnie** doit fournir la prestation. Si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au **Preneur d'assurance**, la **Compagnie** n'est tenue de fournir la prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le **Preneur d'assurance** aurait dû payer.

2.4 Quelles sont vos obligations de déclaration en cours de contrat ?

Le **Preneur d'assurance** doit, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de 8 jours ouvrables, déclarer à la **Compagnie**, par lettre recommandée, toute modification des circonstances constitutives du risque qui sont spécifiées aux conditions particulières, notamment la survenance d'une maladie ou infirmité grave.

Vous devez **nous** déclarer également si **vous** avez souscrit d'autres contrats de même nature pour un même **Assuré**.

2.4.1 Que se passe-t-il en cas de diminution du risque ?

Lorsque le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable à tel point que, si cette diminution avait existé au moment de la souscription du contrat, la **Compagnie** aurait consenti l'assurance à des conditions différentes de celles existantes, cette dernière est tenue d'accorder une diminution de la prime avec effet au jour où elle a eu connaissance de cette diminution.

Si, dans le délai d'un mois à compter de la demande de diminution par le **Preneur d'assurance**, les parties ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle, le **Preneur d'assurance** peut résilier le contrat.

2.4.2 Que se passe-t-il en cas d'aggravation du risque ?

Le **Preneur d'assurance** a l'obligation de déclarer les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible :

- du risque de survenance de l'événement assuré ;
- ou de l'intensité de ce risque.

En cas d'aggravation de manière telle que si elle avait existé au moment de la souscription du contrat d'assurance, la **Compagnie** n'aurait pas consenti celle-ci aux mêmes conditions, elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si la **Compagnie** apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré cette aggravation, elle peut résilier le contrat dans le même délai que celui prévu ci-dessus.

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, le **Preneur d'assurance** ne l'a pas acceptée, la **Compagnie** peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Si un **sinistre** survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, la **Compagnie** doit fournir la prestation seulement si la loi ou une clause du contrat l'y oblige. En l'absence de pareille disposition légale ou contractuelle, la **Compagnie** peut se prévaloir du caractère intentionnel de l'omission ou de l'inexactitude – commise délibérément à la souscription du contrat ou en cours de contrat – pour refuser sa prestation.

En l'absence de tout caractère intentionnel à l'omission ou à l'inexactitude commise lors de la souscription du contrat ou en cours de contrat, la **Compagnie** est en droit d'accorder sa prestation financière selon le rapport entre la prime payée et la prime que le **Preneur d'assurance** aurait dû payer si la **Compagnie** avait été dûment avisée de l'aggravation du risque avant la survenance du **sinistre**.

2.5 Que faut-il savoir du paiement de la prime ?

2.5.1 Les primes (ou, en cas de fractionnement de celles-ci, les fractions de primes), frais et impôts légalement admis sont payables d'avance au domicile de la **Compagnie** ou du mandataire désigné par elle à cet effet.

A chaque échéance annuelle de prime, la **Compagnie** avise le **Preneur d'assurance** de la date de l'échéance annuelle du contrat, du montant de la somme dont il est redevable ainsi que de l'existence, des modalités du droit de résiliation, de la date jusqu'à laquelle ce droit de résiliation peut être exercé et le cas échéant d'une majoration tarifaire.

2.5.2 A défaut de paiement pour quelque motif que ce soit d'une prime ou d'une fraction de prime dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi au **Preneur d'assurance** d'une lettre recommandée au dernier domicile connu.

La lettre recommandée comporte mise en demeure du **Preneur d'assurance** de payer la prime échue, rappelle la date d'échéance et le montant de cette prime et indique les conséquences du défaut de paiement à l'expiration du délai visé ci-dessus.

2.5.3 Aucun **sinistre** survenu pendant la période de suspension ne peut engager la garantie de la **Compagnie**.

Celle-ci a le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 10 jours visé ci-avant.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte aux droits de la **Compagnie** de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance. Ce droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Le contrat non résilié reprend ses effets pour l'avenir, le lendemain à zéro heure du jour où ont été payés la prime échue, ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, le cas échéant, les frais de poursuite et de recouvrement.

2.6 Que se passe-t-il si nous modifions notre tarif ou nos conditions d'assurances ?

Si la **Compagnie** entend modifier les conditions d'assurances et/ou son tarif, elle ne peut procéder à cette adaptation qu'avec effet à la prochaine date d'échéance annuelle du contrat.

La **Compagnie** doit dans ce cas notifier cette modification au **Preneur d'assurance** trente jours au moins avant la date d'effet de l'adaptation du tarif. Toutefois, le **Preneur d'assurance** a le droit de résilier le contrat endéans un délai de soixante jours à compter de la date d'envoi de l'avis d'échéance de la prime annuelle mentionnant la modification tarifaire.

2.7 Quand et comment peut-on résilier le contrat ?

2.7.1 Cas de résiliation

2.7.1.1 Résiliation par le Preneur d'assurance

Art.	Droit de résiliation	Délai de notification de la résiliation	Prise d'effet de la résiliation
2.7.1.1.1	chaque année à la date d'échéance annuelle de la prime ;	au moins trente jours avant la date d'échéance annuelle de la prime ;	à 00.00 heure de la date d'échéance annuelle de la prime ;
2.7.1.1.2	chaque année en cas de reconduction tacite ;	au moins trente jours avant le jour de la reconduction tacite ;	à 00.00 heure du jour de la reconduction tacite ;
2.7.1.1.3	si la Compagnie a résilié : <ul style="list-style-type: none"> • une ou plusieurs autres garanties couvertes par le contrat d'assurance ; • un autre contrat d'assurance du Preneur d'assurance après sinistre ; 	dans le mois suivant la notification de la résiliation au Preneur par la Compagnie ;	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation ;
2.7.1.1.4	chaque année à la date d'échéance annuelle de la prime ;	dans les trente jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance ;	le deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi de la lettre de résiliation, mais au plus tôt à la date de reconduction ;
2.7.1.1.5	en cas de modification des conditions d'assurances dans les conditions prévues au point 2.6 ;	dans le mois de la notification de l'adaptation contractuelle par la Compagnie ;	à 00.00 heure de la date de la prochaine échéance annuelle du contrat ;
2.7.1.1.6	en cas d'augmentation tarifaire dans les conditions prévues au point 2.6 ;	dans les soixante jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance ;	le deuxième jour ouvrable suivant la date d'envoi de la lettre de résiliation, mais au plus tôt à la date de reconduction ;
2.7.1.1.7	à défaut d'accord sur la fixation de la nouvelle prime en cas de diminution sensible et durable du risque, dans les conditions prévues au point 2.4.1.	après l'écoulement du délai d'un mois suivant la demande de diminution du Preneur si les parties contractantes n'ont pas pu se mettre d'accord sur la nouvelle prime.	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation.

2.7.1.2 Résiliation par la Compagnie

Art.	Droit de résiliation	Délai de notification de la résiliation	Prise d'effet de la résiliation
2.7.1.2.1	chaque année à la date d'échéance annuelle de la prime;	au moins soixante jours avant la date d'échéance annuelle de la prime;	à 00.00 heure de la date d'échéance annuelle de la prime;
2.7.1.2.2	chaque année en cas de reconduction tacite;	au moins soixante jours avant la date de la reconduction tacite;	à 00.00 heure de la date de la reconduction tacite;
2.7.1.2.3	après la survenance d'un sinistre donnant lieu à indemnisation;	dans le mois du premier paiement de la prestation de la Compagnie ;	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation;
2.7.1.2.4	en cas de manquement frauduleux du Preneur d'assurance et/ou de l' Assuré aux obligations qui lui (leur) incombent à la suite d'un sinistre ;	dans le mois de la découverte de la fraude;	dès la notification de la résiliation;
2.7.1.2.5	en cas de non-paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans les dix jours de son échéance;		après un délai de 40 jours suivant mise en demeure;
2.7.1.2.6	<p>en cas d'omission ou inexactitude non intentionnelle dans la description du risque lors de la conclusion du contrat, ou en cas d'aggravation du risque en cours de contrat:</p> <ul style="list-style-type: none"> si la proposition de modification du contrat, faite au Preneur d'assurance dans les conditions prévues au point 2.3 et au point 2.4.2: <ul style="list-style-type: none"> - est refusée - n'est pas acceptée au terme d'un délai d'un mois de réflexion; si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque; 	<ul style="list-style-type: none"> dans les 15 jours suivant: <ul style="list-style-type: none"> - le refus de la part du Preneur d'assurance; - l'écoulement du délai de réflexion d'un mois, sans que le Preneur d'assurance ait manifesté son acceptation de la proposition; dans le mois à compter du jour où la Compagnie a eu connaissance de l'omission, de l'inexactitude ou de l'aggravation du risque; 	<ul style="list-style-type: none"> à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation; à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation;
2.7.1.2.7	en cas de décès du Preneur d'assurance ;	dans les trois mois du jour où la Compagnie a eu connaissance du décès;	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation;
2.7.1.2.8	en cas de faillite du Preneur d'assurance .	dans le mois suivant l'expiration d'un délai de trois mois après la déclaration en faillite.	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation.

2.7.1.3 Résiliation par les ayants droit

Art.	Droit de résiliation	Délai de notification de la résiliation	Prise d'effet de la résiliation
2.7.1.3.1	en cas de décès du Preneur d'assurance . Si la résiliation n'est pas demandée, le contrat continue sans autre formalité pour compte des ayants droit qui restent solidairement et indivisiblement tenus des obligations découlant de l'assurance.	dans les trois mois et 40 jours du décès du Preneur d'assurance .	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation.

2.7.1.4 Résiliation par le curateur

Art.	Droit de résiliation	Délai de notification de la résiliation	Prise d'effet de la résiliation
2.7.1.4.1	en cas de déconfiture, de faillite ou de concordat préventif de faillite du Preneur d'assurance .	dans les trois mois qui suivent l'événement qui donne naissance à ce droit.	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation.

2.7.1.5 Résiliation par le commissaire à la gestion contrôlée

Art.	Droit de résiliation	Délai de notification de la résiliation	Prise d'effet de la résiliation
2.7.1.5.1	en cas de gestion contrôlée.	dans les trois mois qui suivent la décision judiciaire de mise sous gestion contrôlée.	à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification de la résiliation.

2.7.2 Formes de la résiliation

La résiliation du contrat est notifiée soit par lettre recommandée à la poste, soit par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

2.7.3 Remboursement de la prime en cas de résiliation

La **Compagnie** s'engage à rembourser le **Preneur d'assurance** dans un délai de 30 jours à compter de la prise d'effet de la résiliation les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation, lorsque le contrat est résilié pour quelque cause que ce soit. Au-delà de ce terme, les intérêts légaux courent de plein droit.

2.8 Quand le contrat prend-il fin ?

2.8.1 L'assurance prend fin de plein droit, sans autre formalité, pour l'Assuré :

- s'il décède ;
- si une maladie ou une infirmité citée au point 1.5 vient à se déclarer ;
- s'il a atteint l'âge de 75 ans (**Preneur d'assurance** et conjoint) à l'expiration de l'année d'assurance en cours.

S'il n'y a qu'un seul **Assuré**, la cessation de l'assurance entraîne celle du contrat. S'il en existe plusieurs, le contrat continue pour les autres **Assurés** qui gardent leur qualité d'**Assuré**.

2.9 Pluralité de Preneurs d'assurance

S'il y a plusieurs **Preneurs d'assurance**, chacun agit pour le compte de l'autre. Toute communication de la **Compagnie** adressée à l'un d'eux est valable à l'égard de tous. Ils sont, en outre, tenus solidairement et indivisiblement des obligations découlant du contrat.

2.10 Domicile et communication

Le domicile du **Preneur d'assurance** est élu de droit à l'adresse indiquée dans les conditions particulières, à moins que le **Preneur d'assurance** n'ait notifié par écrit à la **Compagnie** un changement de domicile.

Les notifications du **Preneur d'assurance** à la **Compagnie** sont à adresser par écrit au siège de la **Compagnie**.

Le **Preneur d'assurance** doit immédiatement déclarer à la **Compagnie**, par lettre recommandée, tout changement de domicile à l'étranger.

Pendant la durée du contrat, les notifications de la **Compagnie** seront valablement faites au domicile connu du **Preneur d'assurance**.

2.11 Que se passe-t-il en cas de contestations ?

Si malgré les efforts déployés par la **Compagnie** pour résoudre les problèmes qui peuvent survenir au cours du contrat d'assurance, le **Preneur d'assurance** n'a pas obtenu une réponse satisfaisante, il est invité à faire part de ses doléances à la Direction Générale de la **Compagnie**. Il peut également s'adresser au Commissariat aux Assurances ou à l'organisme de médiation institué à l'initiative de l'Association des Compagnies d'Assurances et de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

2.12 Quelles sont les juridictions compétentes ?

Toute contestation entre le **Preneur d'assurance** et la **Compagnie** née à l'occasion du contrat d'assurance est de la compétence exclusive des tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg, sans préjudice de l'application des traités ou accords internationaux.

2.13 Qu'en est-il de la prescription ?

Toute action dérivant du contrat est prescrite après trois ans, à compter de l'événement qui y donne ouverture. Cette prescription peut être étendue dans les limites prévues par la loi.

2.14 Quelle est la loi applicable ?

Le contrat est régi par la loi luxembourgeoise.

Addendum aux conditions d'assurances

Article 1 : Existence, date/prise d'effet du contrat

Sauf indication contraire ou spécifique, la clause relative à l'existence, la formation, la prise ou date d'effet du contrat est précisée et complétée comme suit :

« Le Contrat est formé par la signature des Conditions particulières par le Preneur d'assurance et la Compagnie.

Un exemplaire signé devra être retourné par le Preneur d'assurance à la Compagnie. **A défaut de retour signé des Conditions Particulières, alors que la ou les primes ont été payées, le contrat sera réputé formellement accepté par le Preneur d'assurance et valablement conclu. »**

Article 2 : Conflits d'intérêts

« **Le conflit d'intérêt** peut se définir comme « toute situation professionnelle dans laquelle le pouvoir d'appréciation ou de décision d'une personne, d'une entreprise ou d'une organisation peut être influencée ou altérée dans son indépendance ou son intégrité, par des considérations d'ordre personnel ou par un pouvoir de pression émanant d'un tiers. »

Aux fins de la détection des conflits d'intérêts susceptibles de survenir dans le cadre de son activité y compris dans le cadre de distribution d'assurances et qui comportent le risque de porter atteinte aux intérêts d'un client (Preneur d'assurance, Assuré ou Bénéficiaire), la Compagnie est tenue d'évaluer si elle-même, ses dirigeants et son personnel, ses agents d'assurance ou toute personne qui lui est directement ou indirectement liée par une relation de contrôle, ont un intérêt au résultat de cette activité lorsque cet intérêt :

- 1) est distinct de l'intérêt du client
- 2) ou peut potentiellement influencer le résultat des activités de distribution au détriment du client.

La compagnie doit procéder de la même manière pour déceler les conflits d'intérêts entre un client et un autre.

Dans ce contexte, la Compagnie a mis en place un ensemble de mesures organisationnelles et administratives destinées à identifier, prévenir, contrôler et gérer toutes les situations de conflits d'intérêts pouvant affecter de manière négative les intérêts de ses clients, notamment - mais pas exclusivement - lors de la commercialisation d'un contrat d'assurance.

Lorsqu'il est établi que certaines mesures organisationnelles et administratives ne sont pas suffisantes pour garantir qu'un conflit d'intérêt sera évité ou bien qu'il n'est pas possible de gérer le conflit d'intérêts concerné de manière efficace, la Compagnie s'engage à informer le Client de la nature et de la source du conflit d'intérêts concerné en temps utile avant la conclusion du contrat d'assurance.

La politique de conflits d'intérêts mise en place par la Compagnie est disponible sur simple demande ou peut être consultée directement sur le site internet www.axa.lu.

Article 3 : Rémunérations, commissions et avantages

Principe général

La Compagnie s'engage à ce que la politique de rémunération mise en place au profit de son personnel, de ses agents d'assurance et plus généralement des intermédiaires en charge de la distribution de ses produits d'assurance, n'entrave pas leur capacité à agir au mieux des intérêts de ses Clients, ni ne les dissuade de faire une recommandation adaptée ou de présenter une information de manière impartiale, claire et non trompeuse.

Commissions et avantages

Les Preneurs d'assurance et assurés sont informés préalablement à la conclusion d'un contrat de la nature de la rémunération perçue par les intermédiaires en assurances en relation avec la distribution d'un Produit d'assurance, ou par le personnel de la Compagnie en cas de vente directe.

Les intermédiaires en assurances sont notamment susceptibles de recevoir une rémunération sous forme de commission d'assurance généralement incluse dans la prime d'assurance en relation avec les contrats qu'il commercialise.

En cas de vente directe, le personnel de la Compagnie est rémunéré sous forme de salaire. Il ne perçoit aucune commission en relation directe avec la vente d'un contrat d'assurance.

Les intermédiaires en assurances et le personnel de la Compagnie sont pas ailleurs susceptibles de percevoir toute autre forme de rémunération, sous la forme d'avantages monétaires ou non monétaires, sous réserve du respect du principe général visé ci-dessus.

Article 4 : Incitations (uniquement pour les Produits d'investissement fondés sur l'assurance)

« **Incitation** » : tout «frais, commission ou avantage monétaire ou non monétaire versés ou reçus par les entreprises ou intermédiaires en assurance en relation **avec la distribution d'un produit d'investissement fondé sur l'assurance** ou la fourniture d'un service annexe, à toute partie ou par elle, à l'exclusion du client ou de la personne agissant au nom du client ».

La Compagnie s'engage à mettre en œuvre et à maintenir **des procédures organisationnelles appropriées** pour s'assurer qu'aucune incitation, ou que le système d'incitations qu'elle paie ou reçoit en relation avec la distribution d'un produit d'assurance ne conduise **i)** ni à un effet préjudiciable sur la qualité du service fourni aux clients, **ii)** ni à l'empêcher à l'instar de ses agents et autres intermédiaire en assurances de respecter son obligation d'agir avec honnêteté, loyauté et professionnalité et au mieux des intérêts des clients (Preneurs d'assurance, assurés ou bénéficiaires).

Les informations sur l'ensemble des frais et coûts liés à la distribution du produit d'assurance, y compris les coûts du conseil, sont fournies au Client potentiel en temps utile avant la conclusion du Contrat sous une forme agrégée dans le Document d'information Clé relatif au Produit. Si Le Client le demande, la Compagnie peut fournir une ventilation de ces frais par poste, y compris le montant des commissions versées à l'intermédiaire en assurances.

Article 5 : Protection des données à caractère personnel

Le responsable du traitement

La Compagnie AXA Assurances Luxembourg S.A respectivement AXA Assurances Vie Luxembourg S.A. est responsable du traitement des données à caractère personnel qui lui sont communiquées dans le cadre de la souscription/de l'adhésion au contrat d'assurance ou ultérieurement dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance. Elle a désigné un Délégué à la protection des données spécialement en charge de l'ensemble des questions relatives à la protection des données au sein de la Compagnie.

Le traitement des données à caractère personnel ou données personnelles

Le traitement des données personnelles désigne généralement l'ensemble des opérations effectuées par la Compagnie ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction.

Toutes les données à caractère personnel seront traitées conformément à la loi luxembourgeoise et à la réglementation européenne applicables concernant la protection de la personne à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

Les personnes concernées

La Compagnie pourra traiter les données personnelles des personnes concernées ou catégories de personnes concernées suivantes :

- **les personnes intéressées au contrat d'assurance** : notamment les preneurs d'assurance, les assurés ou affiliés, les bénéficiaires, les ayants droits, les tiers, les héritiers, les tuteurs, les curateurs, les conducteurs, etc...
- **les intervenants au contrat** : notamment les intermédiaires en assurance (agents d'assurance, courtiers en assurance, intermédiaires à titre accessoire), les gestionnaires, les prestataires (experts, médecins, avocats, etc...).

La présente liste n'est pas exhaustive. Seul le registre de la Compagnie fait foi.

Les catégories des données à caractère personnel

La Compagnie pourra traiter toutes les données généralement nécessaires et pertinentes à l'appréciation du risque, à l'évaluation du préjudice, ou à la bonne exécution des finalités du traitement, et notamment, en fonction de la nature du contrat d'assurance souscrit, les principales catégories de données personnelles suivantes :

- les données d'identification des personnes concernées (identité, état civil, adresse, pays de résidence fiscal, numéro fiscal, nationalité, etc...
- les données complémentaires relatives à la situation personnelle, familiale, économique et financière du preneur d'assurance et/ou de l'assuré/affilié, les données relatives à ses habitudes de vie (activités sportives, loisirs, déplacements, etc...) ainsi que celles concernant sa situation professionnelle ;
- les données sensibles concernant la santé physique et/ou mentale de l'assuré/affilié ;

La présente liste n'est pas exhaustive. Seul le registre de la Compagnie fait foi.

Finalités et base juridique du traitement

Finalités (*liste non exhaustive - seul le registre de la Compagnie fait foi*)

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées notamment aux fins de :

- l'analyse des besoins et exigences des clients ;
- l'appréciation des risques ;
- la préparation, la conclusion et la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- le règlement des sinistres ;
- la prévention de la fraude ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la gestion des plaintes, réclamations et contentieux ;
- la gestion des clients et la prospection commerciale le cas échéant ;
- le respect et l'exécution d'obligations légales au regard des dispositions réglementaires et administratives en vigueur (notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les prélèvements fiscaux, les reporting réglementaires, ...).

Bases juridiques du traitement :

Le traitement des données à caractère personnel pour les finalités décrites ci-dessus est fondé sur au moins l'une des bases juridiques suivantes :

- le traitement est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance auquel les personnes concernées sont parties ou intervenantes, ou bien à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de la ou des personnes concernées ;
- le traitement est nécessaire au respect des obligations légales auxquelles la Compagnie est soumise ;
- le traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux des personnes concernées ou d'une autre personne physique ;
- le consentement dans les cas précisés ci-dessous.

Le consentement de la personne concernée est en outre requis s'agissant :

- du traitement des données relatives à la santé de la personne concernée pour l'ensemble des finalités décrites ci-dessus ;
- du traitement des données à des fins de prospection commerciale.

Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel pourront être transmises aux catégories de personnes suivantes, dans les strictes limites et conditions fixées par la loi luxembourgeoise consacrant le secret des assurances (*cf. article 300 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances*) :

- les intermédiaires en assurances (agents d'assurance, courtiers en assurance et intermédiaires à titre accessoire) et autres partenaires de la Compagnie ;
- les prestataires de services et sous-traitants de la compagnie, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées ;
- les autres entités du groupe d'assurance auquel appartient la Compagnie ;
- le ou les réassureurs de la Compagnie, les commissaires aux comptes et auditeurs ;

- les personnes intervenant au contrat d'assurance telles que les avocats, experts, médecins conseil, etc... ;
- et plus généralement toute personne ou autorité (administrative, fiscale ou judiciaire) à qui la loi impose ou autorise la transmission de données à caractère personnel, dans les conditions et limites prescrites par la loi.

La présente liste n'est pas exhaustive. Seul le registre de la Compagnie fait foi.

Transfert de données hors Union Européenne

Les données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées vers un pays situé en dehors de l'Union Européenne dans les cas autorisés suivants, et dans les strictes limites et conditions fixées par la loi luxembourgeoise consacrant le secret des assurances :

- le transfert est réalisé à destination d'un pays assurant un niveau de protection adéquat tel que visé par la Commission Européenne ou ainsi évalué par une autorité compétente ;
- le transfert est encadré par les clauses contractuelles types adoptées par la Commission Européenne ;
- le transfert est effectué à une entité du Groupe AXA ayant signé les règles d'entreprise contraignantes qui garantissent un niveau de protection suffisant ;
- le transfert est autorisé au regard de l'une des exceptions posées par l'article 49 du règlement européen sur la protection des données (notamment en cas de consentement exprès de la personne concernée, pour l'exécution des contrats d'assurance, pour la sauvegarde de la vie humaine, pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice).

Seules peuvent être transférées les données pertinentes au regard de la finalité poursuivie par le transfert.

Afin de garantir un traitement légitime des données à caractère personnel, la Compagnie s'engage avant tout transfert ou sur simple demande des personnes concernées, à apporter une information complète sur la finalité, la nature des données, et le ou les pays destinataires.

Sous-traitance de certaines opérations de traitement à l'étranger

Conformément aux principes décrits ci-avant, et dans le respect des conditions et limites prévues par la loi sur le secteur des assurances, vous êtes informés que la Compagnie peut sous-traiter à des prestataires externes ou intra-groupes, les services et opérations de traitement suivantes :

- Le filtrage des bases de noms clients (candidats preneurs, assurés et bénéficiaires) au regard des listes de surveillance mises en place dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, conformément aux obligations légales incombant à la Compagnie.
 - Type de prestataires : compagnies intra-groupe
 - Type de données fournies aux prestataires : les données d'identification personnelles des personnes concernées
 - Pays d'établissement des prestataires : intra-groupe (France et Belgique) et hors Union Européenne (Inde)
- La gestion des sinistres AXA Assistance (candidats preneurs, assurés et bénéficiaires)
 - Type de prestataires : compagnies intra-groupe
 - Type de données fournies aux prestataires : les données d'identification personnelles des personnes concernées ainsi que les données nécessaires à la gestion du sinistre
 - Pays d'établissement des prestataires : intra-groupe (partout dans le monde)

- La gestion des remboursements de soins de santé (candidats preneurs, assurés et bénéficiaires)
 - Type de prestataires : compagnie externe
 - Type de données fournies aux prestataires : les données d'identification personnelles des personnes concernées ainsi que les données médicales strictement nécessaires à la gestion du remboursement
 - Pays d'établissement des prestataires : Portugal

La sous-traitance des opérations décrites ci-dessus est toujours subordonnée à la signature par chaque prestataire d'un accord de confidentialité concernant les données personnelles auxquelles il a accès.

Toute modification ultérieure en relation avec la sous-traitance des opérations décrites ci-dessus ou tout nouveau transfert de données à destination d'un sous-traitant situé à l'étranger qui serait rendu nécessaire au regard de la finalité du traitement, fera l'objet d'une communication écrite de la part de la Compagnie, soit par voie d'addendum aux Conditions Générales, soit par voie de notification séparée, conformément aux principes généraux de communication évoqués ci-dessus.

Registre des données à caractère personnel :

La Compagnie tient à jour un registre dressant la liste des personnes concernées, les catégories de données à caractère personnel objet du traitement, les destinataires et catégories de destinataires, ainsi que les finalités du traitement. En cas de discordance entre les dispositions de la présente clause et le contenu du registre, ce dernier fait foi.

Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel seront conservées par la Compagnie sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pour toute la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. De façon générale, elles seront conservées le temps nécessaire pour permettre à la Compagnie de se conformer à ses obligations légales, de respecter les délais de prescription qui résultent des lois applicables, et plus généralement de constater, exercer ou défendre ses droits en justice.

La Compagnie prendra les mesures nécessaires pour garantir la sécurité du traitement des données à caractère personnel.

Droit des personnes concernées

Les personnes concernées disposent du droit d'accéder à leurs données personnelles, de demander leur rectification ou dans certaines conditions leur effacement, la limitation de leur traitement ainsi que leur portabilité.

a. Droit d'accès et de modification

Toute personne concernée dispose auprès de la Compagnie d'un droit d'accès à ses données personnelles ainsi que le rappel de l'ensemble des informations suivantes : les finalités du traitement, les catégories de données personnelles concernées; les destinataires ou catégories de destinataires auxquels les données ont été ou seront communiquées, la durée de conservation des données, ainsi que l'ensemble des droits de la personne concernée relativement à ces données.

La Compagnie vérifiera toujours l'identité de la personne demandant l'accès à ses données avant de donner suite à une demande.

Toute personne concernée a en outre la possibilité, dans les meilleurs délais, de demander la rectification de données qui s'avèreraient inexactes ou bien faire compléter des données incomplètes.

La Compagnie s'assurera de communiquer les données souhaitées ou de faire procéder à la modification souhaitée dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande.

Le droit d'accès et/ou de modification est en principe gratuit pour les personnes concernées sauf si cela représente une charge trop importante pour la Compagnie auquel cas un paiement pourra être exigé.

b. Droit de révocation du consentement

Toute personne qui a expressément consenti au traitement de ses données personnelles, notamment dans les cas visés au point relatif aux « bases juridiques du traitement », a la possibilité de retirer ce consentement à tout moment. Le retrait du consentement n'a pas d'effet rétroactif et ne remet pas en cause le traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

c. Droit à l'oubli

Toute personne concernée a la possibilité d'obtenir de la Compagnie, dans les meilleurs délais, l'effacement des données la concernant lorsque :

- Les données collectées ne sont plus nécessaires au regard des finalités du traitement ;
- La personne concernée retire le consentement sur lequel était fondé le traitement (et il n'existe plus aucun autre fondement juridique au traitement des données) ;
- L'effacement est nécessaire pour respecter une obligation légale incombant à la Compagnie.

La Compagnie notifiera à la personne concernée tout effacement de données à caractère personnel.

d. Droit à la limitation du traitement

Toute personne concernée peut demander à ce que le traitement de ses données personnelles soit limité dans les cas suivants :

- La personne concernée conteste l'exactitude des données la concernant et demande la suspension du traitement pour permettre au responsable du traitement de vérifier la qualité des données ;
- La personne concernée ne souhaite pas voir ses données supprimées mais simplement restreindre leur utilisation ;
- Les données sont obsolètes mais sont nécessaires à la personne concernée pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice.

La Compagnie notifiera à la personne concernée toute limitation de ses données personnelles.

e. Droit à la portabilité des données

Toute personne concernée a le droit de recevoir les données à caractère personnel la concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine, et a le droit de transmettre ces données à un autre responsable du traitement sans que la Compagnie ne puisse s'y opposer.

Elle peut également demander à ce que ses données personnelles soient transmises directement par la Compagnie à un autre responsable du traitement, lorsque cela est techniquement possible.

f. Exercice des droits

Toute personne concernée peut exercer ces droits en adressant à la Compagnie, à l'attention du Délégué à la Protection des données personnelles, soit une demande écrite, datée et signée, accompagnée d'une copie recto verso de sa pièce d'identité en cours de validité, soit un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@axa.lu.

Réclamation

Toute réclamation en relation avec le traitement des données à caractère personnel peut être adressée à la **Commission Nationale sur la Protection des Données Personnelles (CNPD)**, Service des Plaintes, 1 avenue du Rock'Roll L-4361 Esch Sur Alzette.

Votre interlocuteur AXA



Retrouvez l'ensemble de vos services
et documents contractuels
sur **MyAXA** via axa.lu

AXA vous répond sur

