



Conditions générales Vital Care

Vital Care est une assurance vie avec couverture décès, complétée par une assurance assistance. L'objectif est de soulager l'assuré et sa famille en cas de diagnostic d'une maladie grave et de soutenir la famille après le décès de l'assuré.

L'assurance protège l'assuré et sa famille contre les conséquences financières, émotionnelles, juridiques, logistiques et administratives à la suite du diagnostic d'une maladie grave et du décès de l'assuré, selon les conditions définies dans le contrat Vital Care.

Le contrat Vital Care se compose de : (i) les conditions particulières, qui contiennent des informations spécifiques à votre contrat, et (ii) les conditions générales, qui décrivent le fonctionnement du contrat. Les conditions générales se composent de deux parties:

1. La **PARTIE 1** est consacrée à l'assurance vie avec couverture maladies redoutées et décès, assurée par AXA France Vie S.A. et Inter Partner Assistance NV (Axa Assistance) ; et
2. La **PARTIE 2** traite de l'assurance protection juridique, assurée par DAS NV.

Chacune des sociétés susmentionnées est uniquement responsable des prestations et services décrits dans leurs parties respectives dans des conditions générales. Les sociétés ne peuvent en aucun cas être tenues responsables des prestations qui ne leurs sont pas destinées.

Un glossaire se trouve au début des conditions générales, il vous explique les termes techniques et juridiques, et définit la portée de certains mots.

Nomination d'un Care Manager

Pour pouvoir coordonner l'assistance nécessaire et souhaitée le plus rapidement possible, il est important d'informer immédiatement Cares Assistance après le diagnostic d'une maladie grave et/ou le décès de l'assuré. Les compagnies ont mandaté Cares Assistance pour initier l'assistance.

Vous trouverez ci-dessous les coordonnées de contact :

CARES ASSISTANCE
Rozebeeksestraat 44
8860 LENDELEDE Belgique

Mail: info@cares-assistance.eu

Téléphone : +32 (0) 2 486 85 10

Partie 1: l’assurance vie avec couverture maladies redoutées et décès

Article 1. Resumé de votre contrat

But du contrat	Pour y avoir droit	
		
Versement d’un capital en cas de Décès ou de Maladie Redoutée ; Garantie d’assistance.	Domicilié en Belgique	Avoir entre 18 et 64 ans lors de la souscription du contrat d’assurance.

Vos garanties en un clin d’oeil*



Maladie Redoutée (CI)

Cancer / Crise Cardiaque (Infarctus Du Myocarde) / Chirurgie Des Artères Coronaires (Pontage) / Accident Vasculaire Cérébral / Insuffisance Rénale / Transplantation D’un Organe Majeur / Tumeurs Bénignes Du Cerveau Et De La Moelle Épinière / Coma / Brûlures Du Troisième Degré / Paralyisie Des Membres / Maladie De Parkinson / Sclérose En Plaques.

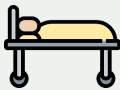
(6 mois de délai d’exclusion)



La maladie doit être telle que définie pages 7 à 10 et être diagnostiquée



Versement de l’indemnité en fonction de la formule choisie.



Décès

(30 jours de délai d’exclusion)



Versement de l’indemnité total ou restante à votre bénéficiaire en fonction de la formule choisie.



Garantie Assistance

AXA Assistance doit être averti par téléphone en cas de décès ou de diagnostic de phase terminale ou de maladie redoutée **pour** pouvoir déterminer les besoins d’assistance aux bénéficiaires.

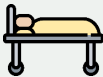


Assistance proposée :

Assistant social / Assistance psychologique / Assistance juridique /Aide administrative et conseil financier / Transport vers hôpital ou centre de soins / Garde d’enfants / Garde d’animaux domestiques / Aide-ménagère / Repas / Gardening / Homme à tout faire / Téléconsultation / Médicament et produits de soins / Nightsitter / Personal Health Coach Zest / Second avis médical

* Conditions et limites définies à l’Article 2 “CE QUE NOUS GARANTISSONS” en pages 6 à 12.

Vous n’êtes pas couvert si votre accident est dû à				
 Suicide (la première année du contrat)	 Conséquences d’une guerre civile ou étrangère, émeutes, attentat, etc... dès lors que l’Assuré y prend une part active.	 Toute substance dangereuse ou intoxicante, y compris l’alcool	 Consommation de médicament ou narcotique non prescrit par un médecin.	 Activité sportive professionnelle ou activité aérienne non conforme
Votre contrat débute		Durée du contrat		
 Date indiquée dans les Conditions Particulières.		 Limite de durée du contrat maximale de 10 ans.		

Votre contrat prend fin		Pour y avoir droit	
 A la date indiquée dans les Conditions Particulières.		 Décès	
 Le preneur d'assurance s'installe définitivement fiscalement en dehors de la Belgique et/ou est radié de son domicile ou de sa résidence en Belgique		 Le preneur d'assurance omet de payer une prime : Résiliation de votre contrat.	 A votre 67ème anniversaire.

Afin d'organiser au mieux l'assistance et notamment de prévoir le moyen de transport le plus approprié (avion, train, etc.), l'assuré veillera à nous contacter immédiatement avant toute intervention et à n'engager des frais d'assistance qu'avec notre accord.

Dans le cas contraire, sauf limitations spécifiques, notre intervention est limitée aux coûts que nous aurions encourus si nous avions organisé le service nous-mêmes.

Article 2. Lexique

Pour l'application du Contrat, les termes régulièrement utilisés dans cette notice sont définis ci-dessous :

1. Accident

Toute atteinte ou lésion corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou du(es) Bénéficiaires, provenant de l'action imprévisible, violente et soudaine d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime. Il appartient aux ayants droit d'apporter la preuve de la nature de l'accident.

Ne sont pas considérés comme un accident :

- Les maladies cardiaques
- Les maladies cardio-vasculaires
- L'accident ischémique transitoire
- L'infarctus du myocarde
- Les accidents vasculaires cérébraux
- L'attaque ou l'hémorragie cérébrale ainsi que toute pathologie soudaine
- Le suicide n'est jamais considéré comme accident au titre de cette assurance

2. Assuré

L'assuré est la personne physique majeure sur la tête de qui l'assurance a été conclue. L'assuré doit obligatoirement être le preneur d'assurance, c'est-à-dire vous-même.

Le domicile et le lieu de résidence principal de l'assuré, tel qu'indiqués sur le contrat, doivent être situés en Belgique.

3. Assureur(s)

- AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073,50 € entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre - siège social : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex - France, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09 - France (ci-après dénommée « AXA » ou l'« Assureur ») en qualité d'Assureur,
- Les prestations d'assistance sont assurées par Inter Partner Assistance S.A., de droit belge au capital de 130.702.613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique et la FSMA sous le N° 0487, enregistrée auprès de la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 415 591 055, siège social : 1000 Bruxelles, boulevard du Régent, 7– Bruxelles-Capitale – Belgique (ci-après dénommée « AXA Assistance » ou l'« Assureur ») en qualité d'Assureur,

4. Bénéficiaire(s)

Pour ce qui est des garanties décès, le partenaire légal ou de fait, le père, la mère, le frère, la sœur, les beaux-parents, le beau-fils, la belle-fille, les grands-parents, les enfants ou petits-enfants, le beau-frère ou la belle-sœur, les beaux-enfants, les aidants.

Pour ce qui est des autres garanties (Maladie Redoutée et Assistance), les personnes dont mention ci-dessus ainsi que l'Assuré.

A l'adhésion, si l'Assuré refuse la clause bénéficiaire prévue contractuellement, il complète un formulaire de désignation bénéficiaire (DB) qu'il doit dater et signer impérativement. A toute époque, l'Assuré a la faculté de modifier la désignation bénéficiaire faite précédemment sauf si cette dernière a fait l'objet d'une acceptation par un bénéficiaire.

Dans le cas où le Gestionnaire propose au Souscripteur son propre modèle de DB, celui-ci aura fait l'objet d'une validation préalable de l'Assureur.

La validation et l'archivage sont effectués par le service de gestion du gestionnaire qui a constitué un fichier dont il assure une mise à jour permanente.

En cas de sinistre décès la désignation de bénéficiaire fera partie des pièces constitutives des dossiers sinistres.

5. Contrat

Le contrat d'assurance entre l'assureur et le preneur d'assurance comprend les conditions générales et les conditions particulières. Dans le cas d'une contradiction éventuelle entre les conditions générales et les conditions particulières, les conditions particulières du contrat d'assurance conclu ont la priorité sur les conditions générales, et ceci conformément au principe général du droit « *Lex specialis derogat legi generali* ».

6. Date d'effet

De Date à laquelle votre Contrat entre en vigueur, telle qu'indiquée sur les Conditions Particulières. A condition que la première prime soit payée.

7. Delai d'exclusion

Période d'exclusion de 30 jours de votre contrat d'assurance pour la garantie DECES et de 6 mois pour la garantie MALADIE REDOUTÉE, durant laquelle vos garanties ne s'appliquent pas. Le délai de carence s'applique uniquement si le décès (DC) de l'Assuré est consécutif à une maladie. Il n'y a pas de délai de carence en cas de décès suite à un Accident.

8. Domicile

Lieu de résidence principale de l'Assuré figurant sur les Conditions Particulières, situé en Belgique.

9. Nous

L'Assureur AXA France Vie et Inter Partner Assistance S.A. ("AXA Assistance")

10. Preneur d'assurance

Personne physique majeur(e) qui a adhéré au Contrat. Le Preneur d'assurance est l'assuré au Contrat.

11. Sinistre

Événement aléatoire survenant pendant la durée de validité de l'adhésion et susceptible de mettre en oeuvre une ou plusieurs garanties au Contrat d'assurance.

12. Souscripteur mandaté

CARES ASSISTANCE, S.R.L., intermédiaire d'assurance de droit belge agréé auprès de la FSMA sous le n° 0883.745.125, enregistrée auprès de la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0883.745125, ayant son siège social à 8860 Lendelede, Rozebeeksestraat, 44, Région flamande, Belgique. Le Souscripteur mandaté est en charge de déterminer les risques présentés par une personne et décider si les Assureurs peuvent l'assurer ou non.

13. Vous

L'Assuré du Contrat.

Article 3. Composition de votre contrat

Votre Contrat se compose des documents suivants qui forment ensemble un tout indivisible :

- la présente Notice d'Information valant Conditions Générales qui définissent les garanties d'assurance ainsi que les dispositions relatives à la vie de votre Contrat ;
- les Conditions Particulières s'y rattachant, qui précisent le(s) Bénéficiaire(s), la Date d'effet de vos garanties, l'existence d'un éventuel Délai de carence, et le montant éventuel des cotisations.

3.1 Ce que prévoit votre contrat et vos conditions d'adhésion

CRITICAL ILLNESS – Services d'Assistance aux Personnes a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de Décès toutes causes (DC), ou de maladies redoutées. L'indemnité forfaitaire pour maladie redoutée est versée à l'assuré dès que la définition de maladie redoutée est remplie, que les conditions préexistantes sont écartées et qu'aucune des exclusions ne s'applique.

Ce Contrat est réservé aux personnes physiques satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes au moment de l'acceptation de la demande d'adhésion par l'Assureur :

- Être domicilié(e) et résider habituellement en Belgique ;
- Être âgé(e) entre 18 et 64 ans inclus ;

Conformément aux articles 58 et 59 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, de nature à modifier l'opinion du risque pour l'Assureur, annule les garanties, les cotisations perçues restant intégralement acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts.

En cas de réticence ou fausse déclaration non intentionnelle, conformément à l'article 60 de la loi du 4 avril 2014 l'Assureur proposera, dans un délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou l'inexactitude. Dans le cas où l'Assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai. 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, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours. L'Assureur qui n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

3.2 Ce que nous garantissons

3.2.1 La garantie décès (DC)

En cas de décès quelles qu'en soient les causes et les circonstances sous réserve des exclusions indiquées aux pages 13 et 14, survenu postérieurement au Délai de carence de 30 jours consécutifs en cas de maladie, nous garantissons, en fonction de la formule choisie sur le bulletin d'adhésion, le versement au(x) bénéficiaire(s), en cas de décès d'un capital à hauteur de :

- Formule 1 : 50 000€
- Formule 2 : 100 000€
- Formule 3 : 150 000€

Dans le cas où le décès interviendrait après l'établissement et le versement de l'indemnité d'une maladie redoutée. Le montant du capital restant dû sera versé au(s) bénéficiaire(s), soit :

- Formule 1 : 27 500€
- Formule 2 : 55 000€
- Formule 3 : 82 500€

La réalisation du risque décès (DC) ne donne lieu à garantie que si elle intervient pendant la durée du Contrat.

3.2.2 La garantie maladie redoutée (CI)

L'indemnité pour maladie redoutée est versée à l'assuré si la maladie redoutée telle que définie ci-dessous est diagnostiquée ou l'opération qui lui est liée a lieu après l'entrée en vigueur de la police d'assurance et pendant sa validité, et sous réserve des exclusions indiquées aux pages 13 et 14,

L'indemnité dépend de la formule choisie sur le bulletin d'adhésion :

- Formule 1 : 22 500€
- Formule 2 : 45 000€
- Formule 3 : 67 500€

CANCER

Le diagnostic d'une tumeur maligne vérifié par confirmation histopathologique et caractérisé par une croissance incontrôlée de cellules malignes, une invasion des tissus et un risque de propagation à distance. Ces tumeurs malignes comprennent les leucémies, les sarcomes et les lymphomes malins, à l'exception de ceux qui proviennent de la peau ou y sont confinés (y compris les lymphomes et les sarcomes cutanés). Seul le premier diagnostic de cancer est couvert. Les récurrences ne sont pas prises en charge.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- Toutes les tumeurs classées histologiquement comme bénignes, pré-malignes, non invasives, carcinomes in situ, à la limite de la malignité ou à faible potentiel de malignité ;
- Les tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis, Ta, T1) ;
- Les tumeurs de la peau (par exemple, carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, dermatofibrosarcome protubérant) qui proviennent d'une ou de plusieurs couches de tissu épidermique, dermique et sous-cutané de la peau ou qui y sont confinées, à l'exception du mélanome malin ayant évolué au moins à la classification TNM T1bN0M0 ;
- Les tumeurs de la prostate, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant un score de Gleason de 7 ou plus ou

si elles ont évolué au moins à la classification TNM cT2bN0M0 ou pT2N0M0 à la suite de l'ablation de la prostate.

- Les tumeurs de la thyroïde, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant évolué au moins à la classification TNM T2N0M0.
- La leucémie lymphoïde chronique, sauf si elle est classée histologiquement comme ayant évolué au moins au stade B de Binet.
- Le cancer diagnostiqué sur la base de la découverte de cellules tumorales et/ou de molécules ou marqueurs associés à la tumeur dans le sang, la salive, les fèces, l'urine ou tout autre fluide corporel en l'absence de preuve histopathologique.
- Adénomes hypophysaires et tumeurs neuroendocrines hypophysaires (PitNET), sauf en cas de propagation métastatique.

CRISE CARDIAQUE (INFARCTUS DU MYOCARDE)

Un diagnostic définitif de crise cardiaque confirmé par l'augmentation et/ou la diminution d'un biomarqueur sanguin cardiaque (Troponine I, Troponine T ou CK-MB) au niveau considéré comme diagnostique de l'infarctus du myocarde aigu, plus au moins deux des éléments suivants :

- Symptômes et signes cardiaques aigus cohérents avec un infarctus du myocarde
- Nouvelles modifications de l'ECG caractéristiques d'un infarctus du myocarde aigu
- Preuve par imagerie d'une nouvelle perte de myocarde viable ou d'une anomalie régionale du mouvement de la paroi.
- Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en cardiologie.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- les autres syndromes coronariens aigus
- les lésions du myocarde

CHIRURGIE DES ARTÈRES CORONAIRES (PONTAGE)

L'intervention chirurgicale nécessitant une sternotomie médiane (intervention chirurgicale visant à diviser le sternum), considérée comme médicalement nécessaire pour corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires à l'aide de pontages.

Pour la définition ci-dessus, ne sont pas couverts :

- l'angioplastie
- les procédures intra-artérielles
- les techniques au laser
- Autres techniques non chirurgicales

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Mort du tissu cérébral due à un apport sanguin inadéquat ou à une hémorragie entraînant tous les symptômes suivants :

- Apparition soudaine de nouveaux symptômes neurologiques cohérents avec un accident vasculaire cérébral.
- Nouveaux déficits neurologiques objectifs à l'examen clinique persistant de manière continue pendant au moins soixante (60) jours après le diagnostic de l'AVC
- Nouvelles découvertes au scanner ou à l'IRM, le cas échéant, compatibles avec le diagnostic clinique.
- Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en neurologie.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- l'accident ischémique transitoire (AIT)
- les lésions traumatiques des tissus cérébraux ou des vaisseaux sanguins
- hémorragie secondaire dans une lésion cérébrale préexistante
- Mort du tissu du nerf optique ou de la rétine/accident vasculaire cérébral de l'œil

INSUFFISANCE RÉNALE

Maladie rénale chronique (insuffisance rénale) en phase terminale nécessitant une dialyse péritonéale régulière permanente ou une hémodialyse.

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en néphrologie.

TRANSPLANTATION D'UN ORGANE MAJEUR

La nécessité de subir une transplantation en tant que receveur d'un autre donneur humain de :

- moelle osseuse, au moins un lobe du foie, ou d'un cœur, d'un poumon, d'un rein ou d'un pancréas complet.

La transplantation doit être médicalement nécessaire et reposer sur la confirmation objective de la défaillance d'un organe par un médecin spécialiste.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- la transplantation de tout autre organe, partie d'organe, tissu ou cellule.

TUMEURS BÉNIGNES DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Une tumeur non maligne provenant du cerveau, des nerfs crâniens ou des méninges entraînant de nouveaux déficits neurologiques objectifs et permanents à l'examen clinique. Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en neurologie.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- tous les kystes
- les abcès
- les hématomes
- les granulomes
- les angiomes
- Les cholestéatomes
- Les tumeurs hypophysaires
- Les tumeurs provenant du tissu osseux

COMA

Un état d'inconscience sans réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes qui :

- nécessite le recours à des systèmes de maintien des fonctions vitales pendant une période continue d'au moins 96 heures ; et
- s'accompagne de nouveaux déficits neurologiques objectifs et permanents à l'examen clinique.

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en neurologie.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- le coma induit médicalement
- le coma secondaire à l'abus d'alcool ou de drogues

BRÛLURES DU TROISIÈME DEGRÉ

Des brûlures du troisième degré comprenant les gelures et la corrosion couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en dermatologie ou en chirurgie.

PARALYSIE DES MEMBRES

La perte totale et irréversible des fonctions musculaires de l'ensemble des deux membres. L'affection doit être confirmée par un médecin spécialiste en neurologie et par des investigations par imagerie.

MALADIE DE PARKINSON

Un diagnostic non équivoque de la maladie de Parkinson par un médecin spécialiste en neurologie, fondé sur des signes définitifs d'atteinte neurologique progressive et permanente, incluant des tremblements, une rigidité musculaire, une hypokinésie et une instabilité posturale.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- les autres formes de parkinsonisme qui sont liées à des médicaments, à des toxines ou à d'autres affections neurodégénératives.

SCLÉROSE EN PLAQUES

Le diagnostic de sclérose en plaques (SEP) doit être confirmé sans équivoque par un médecin spécialiste en neurologie, conformément aux critères diagnostiques McDonald 2017 sur la sclérose en plaques.

Il doit exister des déficits neurologiques objectifs actuels à l'examen clinique, persistant pendant une période continue d'au moins 6 mois.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- La SEP possible et les syndromes neurologiques isolés évocateurs mais non diagnostiqués de la SEP.

3.2.2 La garantie d'assistance

ETENDUE DE L'INTERVENTION

Gestionnaire de l'Assistance personnelle / Aide à la personne/ Assistance en soins personnels

Dans le cas du décès ou de la maladie redoutée de l'assuré, AXA Assistance doit être averti par téléphone aussi vite que possible pour pouvoir mener sa mission d'assistance de manière optimale. Après la notification du décès ou de la maladie redoutée, un entretien « Intake » a lieu avec les bénéficiaires. Cet entretien peut avoir lieu au téléphone ou sur place et ce au choix des proches. Ce service est disponible de 9h à 17h et peut durer jusqu'à 2 heures. L'assuré peut bénéficier au total de 5 heures de support par le Gestionnaire de l'Assistance personnelle. A partir de ces entretiens, les besoins d'assistance des bénéficiaires seront déterminés. L'assistance aux bénéficiaires peut aussi être délivrée pendant les derniers jours de l'assuré en cas de diagnostic de phase terminale ou de soins palliatifs. Les différentes possibilités sont décrites ci-dessous.

Assistance sociale, psychologique, administrative et financière

Le bénéficiaire a droit à un budget de 30 heures d'Assistance. Ces 30 heures d'assistance sociale, d'assistance psychologique, d'assistance administrative ou financière peuvent être permutées entre elles. Quand 70% du total de ces heures est atteint, le bénéficiaire est averti.

Assistance sociale

Les bénéficiaires peuvent bénéficier du support d'un(e) assistant(e) sociale qui les aidera dans le cadre de :

Problèmes psycho - médico - sociaux :

- Soutien moral (à moyen terme) suite à divers incidents ayant un impact profond sur la vie quotidienne ;
- Orientation éventuelle vers un organisme externe spécialisé ;
- Information sur les droits légaux et extra-légaux en cas de décès imminent ;
- Soutien moral (à moyen terme) pour les proches (partenaire, ascendants, descendants) et orientation vers une aide professionnelle ;

Législation sociale et droit de la famille :

- Soutien, analyse de la demande d'aide et orientation éventuelle vers un organisme spécialisé externe ;
- Soutien en cas de litiges (juridiques) avec des organisations externes ;

Surendettement et problèmes financiers :

- Soutien, analyse de la demande d'aide et orientation éventuelle vers un organisme externe spécialisé ;
- Propositions éventuelles d'aide financière.

L'assistant social peut aider les bénéficiaires en :

- Donnant des informations fiables et des conseils ;
- Recherchant quelles formalités et procédures administratives suite au décès ou de la maladie redoutée de l'assuré doivent être accomplies auprès des institutions et services sociaux concernés ;
- En remplissant les formalités, procédures administratives et constitutions de dossiers ;
- Sur demande des bénéficiaires prendre contact avec les institutions et services sociaux mentionnés ci-dessus.

Assistance psychologique

AXA Assistance met à disposition des bénéficiaires une ligne d'aide téléphonique 24h/24 et 7j/7. Ce service est destiné à fournir aux bénéficiaires un premier soutien psychologique et à proposer par la suite si nécessaire un suivi psychologique ou à diriger vers un organisme d'aide spécialisé.

Après la première assistance psychologique par téléphone, AXA Assistance organise l'intervention d'un psychologue. Cette

intervention fait partie du budget de 30 heures et peut donc être utilisée au choix du bénéficiaire.

Assistance à domicile non médicale

Le remboursement a posteriori des frais engagés par le bénéficiaire est uniquement valable moyennant un accord préalable par AXA Assistance.

Transport vers l'hôpital ou le centre de soins

Si l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller-retour depuis son domicile.

- vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle ;
- vers un établissement médical, paramédical ou pharmaceutique ;

Pour l'ensemble des prestations de transports, l'intervention de AXA Assistance est limitée à la prise en charge de 8 courses de taxi. En cas d'hospitalisation urgente l'assuré doit faire appel en priorité aux services d'urgence nationaux.

Garde d'enfants

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s) et qu'aucun proche ne peut intervenir dans la garde de son (ses) enfant(s), AXA Assistance organise et prend en charge la garde d'enfant(s). Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures par jour incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission consiste à garder l'enfant de l'assuré au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher. L'intervention de AXA Assistance est limitée à la prise en charge de 50 heures de garde d'enfants.

Garde d'animaux domestiques

Si la famille ou les proches n'ont pas d'autre solution pour la garde de l'animal domestique (limité aux chats et aux chiens), AXA Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal. L'intervention d'AXA Assistance est limitée à 50 heures.

Aide-ménagère/Jardinage/Homme à tout faire

En cas de maladie redoutée, AXA Assistance organise l'intervention d'une aide-ménagère (nettoyage, préparation de repas, lessive et repassage) et/ou un jardinier et/ou un homme à tout faire (limitée au) pour les bénéficiaires. Ces services sont pris en charge par AXA Assistance dans la limite d'un nombre total de 150 heures.

Assistance médicale

Téléconsultation

Le service de Téléconsultation est destiné à donner un premier avis médical. Ce premier avis est donné en complément des actes médicaux classiques. Les Services peuvent inclure, selon le cas, la pose d'un diagnostic à distance, la réalisation d'une e-prescription (uniquement à partir du moment où ce service est disponible), la consultation et la mise à jour du dossier médical sécurisé du Bénéficiaire et les conseils médicaux initiaux. Le service n'inclut pas les services de télésurveillance (surveillance ou monitoring médicaux à distance) ni les services de télé-expertise (sollicitation d'avis de confrères ou d'experts à distance), ni un remède à une pathologie ou un mal déterminé, ni une solution de remplacement à la consultation clinique destinée à poursuivre ou cesser un traitement en cours. Les Services n'incluent pas non plus la prise en charge médicale urgente ; celle-ci ne peut être réalisée que par les services d'urgence spécifiques. L'assuré peut bénéficier de 10 sessions de Téléconsultation. Les conditions particulières applicables à ce service sont définies à l'Annexe 1 au présent contrat.

Médicaments et produits de soins

En cas de maladie redoutée, AXA Assistance organise et prend en charge la fourniture des médicaments et ou produits de soins prescrits aux bénéficiaires. L'intervention d'AXA Assistance est limitée à maximum 5 livraisons de médicaments. L'achat des médicaments livrés reste à la charge des bénéficiaires.

Garde et soins de nuit

En cas de maladie redoutée, AXA Assistance organise et prend en charge le coût d'une personne qui veillera sur le malade. La prestation débute à 19hr et se termine à 8hr du matin. L'intervention de AXA Assistance est limitée à maximum 5 nuits.

Second avis médical

Le second avis médical porte sur le diagnostic ou le traitement des maladies cardiovasculaires, des cancers, des troubles orthopédiques, des maladies rares et des maladies de la peau.

Le second avis médical pourra être obtenu dans les 15 jours après validation du dossier auprès d'un spécialiste, et moyennant l'accompagnement d'un assistant personnel tout au long du parcours. L'assuré bénéficie d'une seule prestation Second Avis Médical.

L'assuré donne son autorisation pour la constitution d'un dossier médical et pour la consultation des données médicales par le médecin à qui le second avis est demandé. Toutes les données sont couvertes par le secret médical, ce qui garantit le respect des règles en matière de protection de la vie privée.

En tant qu'interlocuteur qui accompagne l'assuré à chaque étape de son parcours, l'assistant personnel veille à un déroulement fluide et simple et décharge l'assuré de tous les tracasseries administratifs, comme la prise de rendez-vous pour les consultations en ligne et physiques. L'assistant personnel accompagne et informe l'assuré sans avoir accès au dossier médical de celui-ci. L'assuré peut également, s'il le souhaite, impliquer son médecin traitant dans le processus.

Déroulement d'un dossier second avis médical :

- L'assistant personnel AXA Assistance commence par planifier pour l'assuré une consultation en ligne avec un médecin via le service de téléconsultation.
- Le dossier médical est constitué par un médecin de la téléconsultation avec la collaboration du médecin traitant le cas échéant.
- S'ensuit un rendez-vous physique avec le spécialiste dans un hôpital belge spécialisé dans ces pathologies, et avec lequel AXA Assistance collabore.
- Sur la base du dossier médical et de l'examen physique, le spécialiste donne un avis indépendant. Ce dernier peut confirmer ou clarifier le diagnostic posé et le traitement préconisé par le premier spécialiste, mais peut aussi donner des informations complémentaires sur la maladie ou le traitement ou éventuellement proposer d'autres options de traitement.
- Le médecin traitant du patient assuré peut aussi aider ce dernier à prendre une décision sur la base de l'avis indépendant du deuxième spécialiste.

3.3 Ce que nous ne garantissons pas

Sont exclus au titre de toutes les garanties et ne donnent pas lieu à remboursement :

- Les frais qui ont été causés par un acte intentionnel, par un suicide ou une tentative de suicide, ceci seulement durant la première année d'assurance,
- La participation à des matchs, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,
- Les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- Les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, tentatives de record, vol sur prototypes, sauts effectués avec des parachutes non homologués, deltaplane, parachutisme ascensionnel, parapente,
- Les événements qui sont la conséquence des guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grève, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. La garantie reste acquise (i) en cas de légitime défense, (ii) en cas d'assistance à personne en danger, (iii) si l'assuré n'a pas pris de participation active à l'un de ces événements, (iv) aux personnes qui sont exposées dans le cadre de l'exercice de leur profession,
- Décès résultant d'une maladie préexistante.
- Les conditions médicales résultant de l'utilisation intentionnelle ou de la prise par l'assuré de :
 - Tout médicament ou stupéfiant non prescrit par un médecin.
 - Toute substance toxique ou intoxicante, y compris l'alcool ;
- Les affections pour lesquelles l'assuré n'a pas sollicité d'avis médical après avoir constaté certains symptômes. Cela comprend également le fait de ne pas avoir sollicité un avis médical après avoir ressenti ou constaté certains symptômes (que ceux-ci soient ou non apparents).

Au titre de la garantie maladie redoutée (CI), nous excluons :

- Pour le Cancer nous excluons :
 - Toutes les tumeurs classées histologiquement comme bénignes, pré-malignes, non invasives, carcinomes

in situ, à la limite de la malignité ou à faible potentiel de malignité ;

- Les tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis, Ta, T1) ;
 - Les tumeurs de la peau (par exemple, carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, dermatofibrosarcome protubérant) qui proviennent d'une ou de plusieurs couches de tissu épidermique, dermique et sous-cutané de la peau ou qui y sont confinées, à l'exception du mélanome malin ayant évolué au moins à la classification TNM T1bN0M0 ;
 - Les tumeurs de la prostate, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant un score de Gleason de 7 ou plus ou si elles ont évolué au moins à la classification TNM cT2bN0M0 ou pT2N0M0 à la suite de l'ablation de la prostate.
 - Les tumeurs de la thyroïde, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant évolué au moins à la classification TNM T2N0M0.
 - La leucémie lymphoïde chronique, sauf si elle est classée histologiquement comme ayant évolué au moins au stade B de Binet.
 - Le cancer diagnostiqué sur la base de la découverte de cellules tumorales et/ou de molécules ou marqueurs associés à la tumeur dans le sang, la salive, les fèces, l'urine ou tout autre fluide corporel en l'absence de preuve histopathologique.
 - Adénomes hypophysaires et tumeurs neuroendocrines hypophysaires (PitNET), sauf en cas de propagation métastatique.
- Pour la Crise cardiaque (infarctus du myocarde) nous excluons :
 - les autres syndromes coronariens aigus
 - les lésions du myocarde
 - Pour la chirurgie des artères coronaires (pontage) nous excluons :
 - Angioplastie
 - Toute autre procédure intra-artérielle
 - les techniques au laser _
 - Autres techniques non chirurgicales_
 - Pour l'AVC nous excluons :
 - l'accident ischémique transitoire (AIT)
 - les lésions traumatiques des tissus cérébraux ou des vaisseaux sanguins
 - hémorragie secondaire dans une lésion cérébrale préexistante
 - Mort du tissu du nerf optique ou de la rétine/accident vasculaire cérébral de l'œil
 - Pour la transplantation d'un organe majeur :
 - la transplantation de tout autre organe, partie d'organe, tissu ou cellule.
 - Pour les tumeurs bénignes du cerveau et de la moelle épinière :
 - tous les kystes
 - les abcès
 - les hématomes
 - les granulomes
 - les angiomes
 - Les cholestéatomes
 - Les tumeurs hypophysaires
 - Les tumeurs provenant du tissu osseux
 - Pour le Coma :
 - le coma induit médicalement ;
 - le coma secondaire à l'abus d'alcool ou de drogues.

- Pour la maladie de Parkinson :
 - les autres formes de parkinsonisme qui sont liées à des médicaments, à des toxines ou à d'autres affections neurodégénératives.
- Pour la Sclérose en plaques :
 - La SEP possible et les syndromes neurologiques isolés évocateurs mais non diagnostiqués de la SEP.

3.4 Les obligations du bénéficiaire

3.4.1 La déclaration

Déclaration d'un sinistre d'assurance :

Sous peine de déchéance de garantie, vous devez immédiatement déclarer votre Sinistre dès que vous en avez connaissance, à Cares Assistance.

Email: claims@cares-assistance.eu

Les pièces justificatives à fournir pour mettre en œuvre les prestations sont listées ci-dessous.

Déclaration d'un sinistre d'assistance :

Tout Evènement générateur susceptible de mettre en jeu une prestation d'Assistance doit être déclaré auprès d'AXA Assistance par téléphone au 00 32 2 545 79 39 (coût d'un appel local).

Si l'assuré reste en défaut au niveau de ces obligations, l'intervention d'AXA restera limitée aux montants stipulés dans les conditions générales et dans les limites des coûts qu'AXA aurait consentis s'il avait dû organiser le service lui-même.

3.4.2 Les obligations du bénéficiaire en cas de sinistre

L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour limiter le plus possible les conséquences du sinistre, et ceci dans le cadre de l'obligation générale de limitation des dommages.

L'assuré s'engage à remettre, dans un délai maximal de 3 mois après l'intervention d'AXA France Vie et AXA Assistance:

- le certificat médical détaillé du Médecin spécialiste ayant examiné l'Assuré précisant la date du premier Diagnostic et les éléments de la Maladie grave diagnostiquée permettant de vérifier l'adéquation du Diagnostic avec la définition inscrite au contrat ;
- en cas d'intervention chirurgicale, le compte-rendu opératoire, expliquant la cause et le résultat ;
- les résultats des examens médicaux relatifs au Diagnostic de la Maladie grave ;
- l'original ou la copie du certificat d'adhésion ;
- une copie de la pièce d'identité du Bénéficiaire ;
- un relevé d'identité bancaire du Bénéficiaire.

L'Assureur se réserve le droit de demander que l'Assuré soit examiné par des professionnels de la santé qu'il désignera ainsi que toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.

Pour la garantie Décès, il pourrait être demandé :

- copie des conditions particulières ;
- un relevé d'identité bancaire de l'ayant droit ;
- un certificat médical précisant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide) ;
- en cas de décès accidentel, le PV ou tout document permettant de vérifier la cause et les circonstances du décès ;
- la dévolution successorale.

Il est possible qu'AXA France Vie et/ou AXA Assistance ait pris en charge, dans l'intérêt de l'assuré, des frais qui ne sont pas inclus dans la couverture prévue par le présent contrat d'assurance. Dans ce cas, l'assuré doit rembourser ces frais dans le mois suivant le paiement par AXA France Vie et AXA Assistance.

3.4.3 Sanctions

Si l'assuré ne respecte pas l'une des obligations et si AXA France Vie et/ou AXA Assistance encour(en)t un dommage se faisant, AXA France Vie et/ou AXA Assistance a (ont) le droit de réduire leurs prestations proportionnellement au dommage qu'elle(s) a (ont) subi.

AXA France Vie et AXA Assistance peuvent rejeter leur garantie si l'assuré a agi avec des intentions frauduleuses.

3.5 Territorialité

Les prestations d'AXA France Vie dans le cadre des couvertures Décès sont aux bénéficiaires, quel que soit leur domicile ou leur résidence habituelle.

Les prestations d'AXA France Vie et AXA Assistance dans le cadre des couvertures Maladie Redoutée et Assistance sont garanties aux bénéficiaires possédant leur domicile ou leur résidence habituelle en Belgique. Tout transfert de la résidence habituelle en dehors de la Belgique, et/ou de radiation du domicile ou de la dernière résidence connue en Belgique devront être notifiées à l'Assureur car elles entraîneront automatiquement la fin des garanties à la date de fin de l'adhésion suivant ce changement.

3.6 Force majeure

AXA France Vie et AXA Assistance ne peuvent être tenu responsable d'un retard ou d'une négligence au niveau de l'exécution des obligations dans le cadre du présent contrat d'assurance en raison d'une force majeure. Est considéré comme un cas de force majeure toute cause externe que l'on ne peut raisonnablement pas contrôler et/ou prévoir.

3.7 Durée du présent contrat d'assurances

Sous réserve d'un accord contraire, les garanties du présent contrat d'assurance entrent en vigueur à la date stipulée dans les conditions particulières du contrat d'assurance.

Le contrat d'assurance est conclu pour une période de 12 mois, et ceci à partir du paiement de la première prime.

Le contrat d'assurance est tacitement reconduit à la fin de chaque période de 12 mois, et ceci pour une période supplémentaire de 12 mois. Toutefois, les parties peuvent s'opposer à cette reconduction tacite par courrier recommandé, exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de préavis contre accusé de réception au plus tard trois mois avant l'échéance de la période en cours du contrat d'assurance.

Votre Contrat prend fin automatiquement :

- en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat conclu entre le Souscripteur mandaté et l'Assureur,
- en cas de survenance du Sinistre ayant donné droit au versement du capital garanti dans le cadre de la garantie Décès ou Maladie Redoutée,
- au décès de l'Assuré,
- en cas de transfert de la résidence habituelle de l'assuré en dehors de la Belgique et/ou de radiation du domicile ou de la dernière résidence connue en Belgique,
- au plus tard au 67ème anniversaire de l'Assuré.

3.8 Paiement de la prime

La prime, majorée des taxes et des cotisations, est payable à l'avance à la demande d'AXA France Vie et d'AXA Assistance ou de l'intermédiaire d'assurance désigné dans les conditions particulières.

Les garanties du présent contrat d'assurance entrent seulement en vigueur après le paiement de la première prime.

Tout défaut ou retard de paiement de la prime à son échéance donne lieu de plein droit et sans mise en demeure à l'application d'un intérêt de retard calculé au taux légal. L'Assureur sera également en droit de réclamer un montant de 40 euros pour tout courrier de mise en demeure.

3.9 Suspension et réalisation du contrat en cas de retard ou de défaut de paiement

Sans préjudice du droit de réclamer le paiement d'un intérêt de retard ou le paiement des frais de mise en demeure, en cas de non-paiement de la prime à l'échéance, AXA France Vie et AXA Assistance peuvent suspendre la garantie ou rompre le contrat d'assurance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure par un courrier recommandé envoyé par la poste ou par un exploit d'huissier de justice.

La suspension de la garantie du contrat d'assurance entre en vigueur à l'échéance d'un délai de 15 jours, à compter à partir du jour suivant la notification ou le jour suivant la remise du courrier recommandé.

Si la garantie a été suspendue par AXA France Vie et AXA Assistance, elle entre alors à nouveau seulement en vigueur le jour suivant le jour du paiement de la prime, éventuellement majorée des intérêts dus. La suspension ne porte pas préjudice à la garantie relative à un sinistre survenu antérieurement.

Si AXA France Vie et AXA Assistance décident de rompre le contrat d'assurance en conséquence de la suspension et si cette sanction est mentionnée dans le courrier recommandé, la rupture du contrat entre en vigueur à l'échéance d'un délai de 15 jours à compter à partir du premier jour de la suspension. La résiliation ne porte pas préjudice à la garantie relative à un sinistre survenu antérieurement.

Dans le cas de la suspension de la garantie sans avoir indiqué la possibilité de rupture dans le courrier recommandé, une nouvelle mise en demeure doit être envoyée conformément à cet article.

3.10 La modification du contrat d'assurances et/ou de la prime

Si AXA France Vie et AXA Assistance désirent modifier les conditions d'assurances et/ou le tarif applicable, le contrat d'assurance est adapté à l'échéance annuelle.

AXA France Vie et AXA Assistance doivent communiquer par écrit les modifications susmentionnées au preneur d'assurance et ceci au plus tard quatre mois avant l'échéance du contrat d'assurance, en sorte que le preneur d'assurance dispose d'un délai d'un mois pour refuser les modifications et par conséquent mettre un terme au contrat d'assurance tout en respectant un délai de trois mois et les dispositions de l'article 13. Au cas où le preneur d'assurance notifie son intention de mettre fin au contrat d'assurance, celui-ci prend fin à l'échéance de ce délai de 3 mois.

AXA France Vie et AXA Assistance se réservent également le droit de communiquer une modification des tarifs ultérieurement, et dans ce cas le droit de fin par le preneur d'assurance doit également être mentionné. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de mettre un terme au contrat d'assurance tout en respectant un délai de trois mois et les dispositions de l'article 13. Au cas où le preneur d'assurance notifie son intention de mettre fin au contrat d'assurance, celui-ci prend fin à l'échéance de ce délai de 3 mois.

3.11 En cas de réclamation - médiation

En cas de réclamation relative à une demande d'indemnisation au titre d'une garantie d'assurance (DC / CI), indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXXA Partners – Credit & Lifestyle Protection, Service Réclamations, BP 25000, 1000 Bruxelles 1, Belgique
Email : clp.be.reclamations@partners.axa
Ou par téléphone : 00 32 7 805 05 11 (ligne gratuite à partir de la Belgique)

En précisant le nom et le numéro de votre sinistre du contrat, ainsi que vos coordonnées complètes.

En cas de réclamation relative à une prestation d'assistance (Rapatriement), indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, vous pouvez contacter AXA Assistance:

Par courrier : Inter Partner Assistance S.A., Service qualité, Avenue Louise 166 Bte 1, 1050 Bruxelles, Belgique
Ou par email : quality.brussels@ip-assistance.com>

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

En cas de plaintes, le preneur d'assurance et/ou l'assuré peut s'adresser au service de qualité d'Axa Assistance :

- Par e-mail: customer.care.bnl@axa-assistance.com
- Par correspondance : Axa Assistance, Customer Care, boulevard du Régent 7, 1000 Bruxelles, Belgique

La plainte sera examinée le plus rapidement possible par le Service de qualité d'Axa Assistance, et ceci dans les délais suivants:

- Un accusé de réception de la plainte suit dans les 3 jours ouvrables avec une brève explication à propos du déroulement ultérieur de la procédure.
- Dans les 5 jours ouvrables, un point de vue définitif sera communiqué au preneur d'assurance, sous réserve de problèmes dans le mois calendaire, un point de vue définitif sera communiqué au preneur d'assurance à propos des problèmes complexes.
- Si les délais susmentionnés ne sont pas réalisables, cela est communiqué au preneur d'assurance avec une motivation concernant la raison. Il faut également donner une indication se rapportant au délai pendant lequel on peut s'attendre à un point de vue définitif.

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur des Assurances, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association à l'adresse suivante :

- Par courrier électronique : info@ombudsman-insurance.be
- Par correspondance : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, Belgique
- Par téléphone: 00 32 547 58 71
- Par fax: 00 32 547 59 75

Les possibilités susmentionnées ne portent pas préjudice au droit de l'assuré et/ou du preneur d'assurance d'intenter une procédure judiciaire. Le Médiateur des Assurances et son équipe examinent les litiges en matière d'assurances entre le consommateur et l'assureur ou l'intermédiaire d'assurances.

L'assuré peut également s'adresser à un organisme agréé pour le règlement extrajudiciaire des litiges des consommateurs, comme cela est stipulé sur la plate-forme du règlement des litiges en ligne :

<https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home.chooseLanguage>

L'assuré peut compléter un formulaire de plainte sur cette plateforme, qui envoie immédiatement la plainte dans une forme très compréhensible à la partie défenderesse. Vous retrouverez toute la procédure sur la plate-forme susmentionnée.

3.12 Correspondence

Les communications et notifications destinées à l'assuré sont réputées avoir été valablement délivrées à l'adresse qu'il a indiquée dans son contrat d'assurance ou communiquée à CARES ASSISTANCE par la suite.

Les communications et notifications de l'assuré sont réputées avoir été valablement délivrées au siège social d'AXA France Vie et d'AXA Assistance ou du producteur d'assurance qui est titulaire de la décharge émise par AXA France Vie et AXA Assistance ou qui est intervenu dans la conclusion ou pendant l'exécution du contrat d'assurance.

3.13 Sanctions

Vous êtes informé(e) et reconnaissez qu'AXA France Vie et AXA Assistance ne seront pas tenues de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre de ce contrat dès lors que l'exécution dudit contrat exposerait l'une ou l'autre de ces compagnies aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

3.14 Expertise

En l'absence d'un contrat concernant l'importance des dommages, ceux-ci sont constatés contradictoirement par deux experts, désignés et correctement mandaté, le premier par l'assuré et l'autre par la compagnie. Si aucun accord ne peut être atteint, ces experts choisissent alors un troisième expert. Les trois experts décident conjointement, mais, à défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera décisif. Si l'une des parties ne désigne pas son expert ou si les deux experts ne sont pas d'accord à propos du choix du troisième expert, ce dernier est désigné, à la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de première instance du domicile de l'assuré. Chaque partie contribue aux frais et aux honoraires de son expert. Les frais et les honoraires du troisième expert, ainsi que les frais de sa désignation, sont divisés en deux moitiés. Les experts sont déchargés de toute formalité judiciaire. Leur décision est souveraine et irrévocable.

3.15 Utilisation de vos données personnelles

Responsables du traitement des données

- AXA France Vie, S.A. régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre - siège social : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex - France, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Régulation, 4 Place de Budapest - CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09 - France (ci-après dénommée « AXA France Vie » ou « AXA »)
- Inter Partner Assistance, S.A. dont le siège social est établi 7, boulevard du Régent, 1000 Bruxelles, Belgique, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0415.591.055 (ci-après dénommée « Axa Assistance » ou « Inter Partner Assistance »).

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle les utilisera (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la fraude à l'assurance, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

La liste des sociétés signataires des BCR est disponible sur notre site (<https://group.axa.com/fr/a-propos-d-axa/nos-engagements>). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités. Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'information, l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par Inter Partner Assistance de la part des entreprises membres du Groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci, de l'employeur de la personne concernée ou de tiers, peuvent être traitées par Inter Partner Assistance pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes
- la gestion du contrat d'assurance
- le service à la clientèle
- la gestion de la relation entre Inter Partner Assistance et l'intermédiaire d'assurances
- la détection, prévention et lutte contre la fraude
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
- la surveillance du portefeuille
- les études statistiques

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du Groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci (avocats, experts, médecins conseils, réassureurs, co-assureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, autres entreprises d'assurances, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, Datassur).

Ces données peuvent également être communiquées aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé avec lequel Inter Partner Assistance peut être amenée à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

Traitement des données à des fins de marketing direct

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par Inter Partner Assistance direct peuvent être communiquées à d'autres entreprises du Groupe AXA et à des entreprises en relation avec Inter Partner Assistance et/ou à l'intermédiaire d'assurances aux fins de leur propre marketing direct ou à des fins d'opérations communes de marketing direct (actions commerciales, publicités personnalisées, profilage, couplage de données, notoriété, ...), en vue d'améliorer la connaissance des clients et prospects communs, d'informer ces derniers à propos de leurs activités, produits et services respectifs, et de leur adresser des offres commerciales.

En vue d'offrir les services les plus appropriés en relation avec le marketing direct, ces données à caractère personnel peuvent être communiquées à des entreprises et/ou à des personnes intervenant en qualité de sous-traitants ou de prestataires de service au bénéfice d'Inter Partner Assistance, des autres entreprises du Groupe AXA et/ou de l'intermédiaire d'assurances.

Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes d'Inter Partner Assistance consistant dans le développement de son activité économique. Le cas échéant, ces traitements peuvent être fondés sur le consentement de la personne concernée.

Transfert des données hors de l'Union Européenne

Les autres entreprises du Groupe AXA, les entreprises et/ou les personnes en relation avec celles-ci auxquelles les données à caractère personnel sont communiquées, peuvent être situées aussi bien dans l'Union Européenne qu'en dehors. En cas de transferts de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, Inter Partner Assistance se conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elle assure, notamment, un niveau de protection adéquat aux données à caractère personnel ainsi transférées sur la base des mécanismes alternatifs mis en place par la Commission européenne, tels les clauses contractuelles standard, ou encore les règles d'entreprise contraignantes du Groupe AXA en cas de transferts intragroupe (Mon. B. 6/10/2014, p. 78547).

La personne concernée peut obtenir une copie des mesures mises en place par Inter Partner Assistance pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande à Inter Partner Assistance à l'adresse indiquée ci-dessous ('Contacter Inter Partner Assistance').

Traitement des données relatives à la santé

Inter Partner Assistance garantit le respect des règles spécifiques applicables au traitement des données relatives à la santé des personnes concernées, en prenant toutes les mesures techniques et organisationnelles requises à cette fin.

- Le traitement de ces données n'est réalisé que sur la base du consentement exprès et écrit de la personne concernée ou, lorsqu'elle est physiquement ou juridiquement incapable de donner son consentement, en vue de préserver les intérêts vitaux de celle-ci. Le traitement de ces données est effectué sous la surveillance de médecins (médecins-conseils), soumis au secret médical, par des collaborateurs d'Inter Partner Assistance spécialement désignés à cette fin.
- Les certificats médicaux et les autres documents reprenant ces données, qui sont nécessaires à la négociation, à la conclusion ou à l'exécution du contrat, en ce compris la gestion des sinistres, ne sont remis qu'aux médecins-conseils

d'Inter Partner Assistance. Ces médecins-conseils ne communiquent, pour leur part, à Inter Partner Assistance ou aux personnes strictement désignées à cette fin que les données relatives à l'état de santé actuel des personnes concernées et qui sont strictement pertinentes eu égard au risque pour lequel ces documents ont été établis.

- Le transfert de ces données n'est effectué que dans la mesure où il s'avère nécessaire et où les destinataires présentent les garanties suffisantes pour assurer le respect des règles spécifiques à leur traitement. Préalablement à ce transfert, Inter Partner Assistance veille à les minimiser, les pseudonymiser ou, le cas échéant, à les anonymiser.

Conservation des données

Inter Partner Assistance conserve les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres, avec mise à jour de celles-ci chaque fois que les circonstances l'exigent, prolongée du délai légal de conservation ou du délai de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

Inter Partner Assistance conserve les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles Inter Partner Assistance n'a pas donné suite jusqu'à cinq ans après l'émission de l'offre ou du refus de conclure.

Nécessité de fournir les données à caractère personnel

Les données à caractère personnel relatives à la personne concernée qu'Inter Partner Assistance demande de fournir sont nécessaires à la conclusion et à l'exécution du contrat d'assurance. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Confidentialité

Inter Partner Assistance a pris toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données à caractère personnel et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci.

A cette fin, Inter Partner Assistance suit les standards de sécurité et de continuité de service et évalue régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de ses partenaires.

Les droits de la personne concernée

La personne concernée a le droit :

- d'obtenir d'Inter Partner Assistance la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ;
- de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexacts ou incomplètes ;
- de faire effacer ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes d'Inter Partner Assistance. Le responsable du traitement ne traite plus les données à caractère personnel, à moins qu'il ne démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés de la personne concernée;
- de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ;
- de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative ; toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part d'Inter Partner Assistance, d'exprimer son point de vue et de contester la décision d'Inter Partner Assistance;
- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies à Inter Partner Assistance, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine ; de transmettre ces données à un autre responsable du traitement, lorsque (i) le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement ou pour les besoins de l'exécution d'un contrat et (ii) le traitement est effectué à l'aide de procédés automatisés ; et d'obtenir que ses données à caractère personnel soient transmises directement d'un responsable du traitement à un autre, lorsque cela est techniquement possible ;
- de retirer son consentement à tout moment, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui, lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement;

Contact Inter Partner Assistance

La personne concernée peut contacter Inter Partner Assistance pour exercer ses droits aux adresses suivantes, accompagné d'une photocopie recto verso de la carte d'identité :

- par courrier postal :
- Inter Partner Assistance - Data Protection Officer, boulevard du Régent, 7, 1000 Bruxelles, Belgique
- par courrier électronique : dpo.BNL@axa-assistance.com

Inter Partner Assistance traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

Introduire une plainte

Si la personne concernée estime qu'Inter Partner Assistance ne respecte pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter Inter Partner Assistance en priorité.

La personne concernée peut aussi introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles
Rue de la Presse, 35, 1000 Bruxelles, Belgique

Tél. + 32 2 274 48 00

Fax. + 32 2 274 48 35

Contact@apd-gba.be

La personne concernée peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

3.16 Loi applicable, langue, tribunal compétent

Toute question relative à la conclusion, la validité, l'exécution, l'inexécution, l'interprétation ou la cessation du présent contrat ainsi que toute question relative aux relations contractuelles et précontractuelles sont réglées par le droit belge, en ce compris la loi du 4 avril 2014 relatives aux assurances.

La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français, le néerlandais.

L'Assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige relatif à la conclusion, la validité, l'exécution, l'inexécution, l'interprétation ou la cessation du présent contrat ou aux relations contractuelles ou précontractuelles seront de la compétence exclusive des juridictions belges.

3.17 Lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme

L'Assuré a déclaré être pleinement informé(e) qu'AXA France et AXA Assistance, en leur qualité d'organisme financier, sont soumises aux obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (pour la France : articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier ; pour la Belgique : la loi relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces du 18 septembre 2017) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L562-1 et suivants du code monétaire et financier.

L'Assuré a certifié sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

Annexe 1 aux conditions générales Cares Assistance : Conditions générales d'utilisation du Service de téléconsultation

I. DEFINITIONS

Dans les présentes conditions générales, il y a lieu d'entendre par :

- « App » : l'application qui pourrait être mise à la disposition du Bénéficiaire par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES pour la fourniture des Services ; ce service spécifique n'étant pas encore disponible ;
- « Assurance » : la police d'assurance collective souscrite au bénéfice du Bénéficiaire et comprenant une couverture d'assistance incluant les Services de téléconsultation ;
- « Bénéficiaire » : la personne bénéficiant de l'Assurance ;
- « INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES » : la SA INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, membre du Groupe AXA

Partners, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Boulevard du Régent 7, inscrite auprès de la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro 0438.129.895 ;

- « Compte Personnel » : le compte créé par le Bénéficiaire lors de sa connexion à la Plateforme, qui permet d'accéder à son espace personnel et sécurisé ;
- « Contenu » : tous les éléments tels que les textes, les dessins, les logos, les vidéos, les photographies, les graphiques, présentés sur l'App ou sur la Plateforme ;
- « Données du Bénéficiaire » : les données à caractère personnel du Bénéficiaire, telles que définies par les législations relatives au traitement des données à caractère personnel applicables aux activités d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ; pour la fourniture des Services, ces Données pourront être les suivantes : les nom et prénom du Bénéficiaire, son numéro de téléphone, son adresse e-mail, son numéro de client ou de contrat, ses identifiants et codes d'accès, ses photographies, sa voix, son historique de connexion à l'App et à la Plateforme ;
- « eHealth » : la plateforme publique créée par la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plateforme eHealth ;
- « e-prescription » : la prescription médicale dématérialisée ;
- « Equipe Médicale » : Médecin(s) et infirmier(e)(s) avec lesquels INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES a conclu un contrat de sous-traitance, affecté à la réalisation des Services ;
- « Médecin » : le médecin avec lequel INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES a conclu un contrat de sous-traitance, affecté à la réalisation des Services ;
- « Plateforme » : la plateforme mise à disposition par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES pour la réalisation des Services ;
- « Services » : les services de télémedecine et de téléconsultation tels que définis à l'article III.1 ;

II. AVERTISSEMENTS PREALABLES QUANT AUX SERVICES DE TELECONSULTATION

1. Lien avec les autres actes médicaux

Les Services fournis par le Médecin sont des services de téléconsultation, proposés en complément des actes médicaux classiques, tels que la consultation et le diagnostic cliniques. Ni les services ni l'App ni la Plateforme ne sont destinés à remplacer les actes médicaux d'urgence ni à remplacer la prise en charge médicale par des médecins spécialistes. Le Bénéficiaire est dès lors invité à consulter son médecin traitant ou tout autre spécialiste ou à se rendre aux services d'urgence, notamment afin d'obtenir des conseils plus personnalisés, plus spécifiques ou plus adaptés à sa situation ou aux cas d'urgence.

2. Indépendance

Les services fournis par le Médecin reposent sur l'appréciation médicale indépendante de ce dernier, compte tenu des limites et des contraintes techniques liées à l'utilisation des services, de l'App et de la Plateforme. Le Médecin peut donc décider de refuser, de suspendre ou de mettre fin à ses services si l'intérêt du Bénéficiaire le requiert. Tel sera, notamment, le cas lorsque l'état du Bénéficiaire nécessite une prise en charge urgente ou lorsque la vidéoconférence ne permet pas de se faire une opinion certaine de l'état du Bénéficiaire. Le Médecin peut également inviter le Bénéficiaire à consulter un confrère ou à se rendre aux services médicaux d'urgence. Tous les frais exposés par le Bénéficiaire suite à un tel renvoi comme la consultation clinique (visite physique) par un confrère ou des services médicaux d'urgence ne sont pas inclus dans les Services offerts par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES. Ces frais doivent donc être supportés par le Bénéficiaire lui-même.

3. Déclarations du Bénéficiaire

Les Services sont fournis à distance et nécessitent une compréhension suffisante des informations échangées avec le Médecin. Avant toute utilisation des Services, le Bénéficiaire doit s'assurer et garantir à INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES qu'il est apte à s'entretenir avec le Médecin ou l'Equipe Médicale et à utiliser la Plateforme et son Compte Personnel. Cela inclut non seulement d'être dans un état (physique ou psychologique) suffisant pour ce faire mais également d'avoir une compréhension suffisante de la langue de travail de l'Equipe Médicale. Cela inclut également d'être majeur et juridiquement capable de s'engager et de contracter avec INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES. En cas de doute, le Médecin peut refuser de fournir les Services et inviter le Bénéficiaire à consulter son médecin traitant et/ou à suspendre le bénéfice des Services et/ou l'utilisation de l'App et de la Plateforme.

4. Données sensibles

Au cours des Services, des informations et des données à caractère personnel sensibles peuvent être échangées, via l'App et/ou la Plateforme, avec le Médecin ou toute autre personne amenée à intervenir dans la fourniture des Services. Il peut s'agir, notamment, d'informations relatives à l'état de santé, passé, actuel ou futur, à l'état psychologique ou à la situation familiale du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire est dès lors invité à prendre, sous sa responsabilité, toutes les mesures de sécurité raisonnablement en son pouvoir afin de prévenir tout accès à ses identifiants, codes d'authentification et codes d'accès personnels, notamment ceux transmis par le biais des mails ou des SMS à destination de ses appareils ou de son Compte Personnel.

III. PRESENTATION DU SERVICE DE TELECONSULTATION

1. Définition des Services

Les Services offerts par le Médecin sont des services de téléconsultation.

Les services offerts par le Médecin sont destinés à donner un premier avis médical au Bénéficiaire. Ce premier avis est donné en complément des actes médicaux classiques. Les Services peuvent inclure, selon le cas, la pose d'un diagnostic à distance, la réalisation d'une e-prescription (uniquement à partir du moment où ce service est disponible), la consultation et la mise à jour du dossier médical sécurisé du Bénéficiaire et les conseils médicaux initiaux. Les Services n'incluent pas les services de télésurveillance (surveillance ou monitoring médicaux à distance) ni les services de télé-expertise (sollicitation d'avis de confrères ou d'experts à distance), ni un remède à une pathologie ou un mal déterminé, ni une solution de remplacement à la consultation clinique destinée à poursuivre ou cesser un traitement en cours. Les Services n'incluent pas non plus la prise en charge médicale urgente ; celle-ci ne peut être réalisée que par les services d'urgence spécifiques.

2. Conditions d'Accès aux Services

Pour pouvoir bénéficier des Services, le Bénéficiaire doit, au préalable, (i) être couvert par l'Assurance Gold All In distribué par Neckermann qui offre la possibilité de bénéficier des Services ; (ii) avoir opté pour ceux-ci et (iii) avoir communiqué toutes les données et informations utiles pour son identification ultérieure. Le Bénéficiaire garantit que ses Données sont complètes, sincères et exactes. Dans l'hypothèse où le Bénéficiaire aurait communiqué des informations incomplètes, fausses, inexactes ou trompeuses, INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES sera en droit de suspendre ou de refuser l'accès, sans préavis ni indemnité, de manière temporaire ou définitive, à la Plateforme et au Compte Personnel.

Le Bénéficiaire est informé que, sans la communication de ses données à caractère personnel, les Services ne pourront pas lui être valablement fournis. L'article IV des présentes conditions générales précisent les conditions applicables au traitement des Données du Bénéficiaire.

3. Matériel

Pour pouvoir bénéficier des Services, le Bénéficiaire doit disposer d'appareils disposant d'une configuration compatible avec l'App et/ou la Plateforme (notamment des appareils, des logiciels, une connexion et un abonnement à un opérateur de communications électroniques permettant d'utiliser celles-ci). Le Bénéficiaire doit par ailleurs disposer d'une adresse électronique personnelle ou un smartphone avec connexion internet. Le Bénéficiaire est invité à prendre toutes les mesures destinées à assurer la plus stricte confidentialité de ses codes d'accès de même que la sécurité de ces appareils et de son adresse électronique personnelle, entre autres en utilisant des logiciels anti-virus, des pare-feu ou d'autres logiciels de sécurité à jour. Les frais de communications et de connexion à la Plateforme et au Compte Personnel sont à la charge du Bénéficiaire.

4. Sécurité des données

Les Données du Bénéficiaire sont uniquement traitées par l'Equipe Psycho / Médicale. Toutes ces personnes sont tenues à des règles strictes de confidentialité et soumises, dans le cadre de leur profession respective, au secret médical et/ou professionnel. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants prend toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci.

5. Accès aux Services

Afin d'accéder aux Services, le Bénéficiaire doit former le numéro mis à sa disposition d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, spécialement prévu à cet effet. Au cours de l'appel téléphonique qui s'en suit, le Bénéficiaire sera mis en contact avec un collaborateur d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES chargée d'identifier et d'authentifier le Bénéficiaire et de vérifier s'il remplit toutes les conditions requises pour bénéficier des Services. Dans l'affirmative, le collaborateur d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES fixera un rendez-vous avec l'un des Médecins selon les disponibilités de ceux-ci, en tenant compte des demandes du Bénéficiaire.

Le Bénéficiaire recevra, sur son adresse électronique personnelle, un e-mail de confirmation ou sur son smartphone un SMS de confirmation de la téléconsultation planifiée ainsi qu'un lien et un code d'accès vers la Plateforme.

6. Authentification et Connexion

Le Bénéficiaire peut ensuite se connecter à la Plateforme, grâce au lien communiqué par le collaborateur d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, et accéder à son Compte Personnel en s'authentifiant grâce au code d'accès communiqué. La connexion à la Plateforme peut être réalisée par le biais de l'Internet fixe ou mobile et, le cas échéant, par le biais de l'App.

Une fois authentifié, le Bénéficiaire peut utiliser toutes les fonctionnalités offertes par la Plateforme. Il peut également entrer en discussion avec un Médecin lors de la plage réservée par le collaborateur d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES.

Toute action réalisée sur le Compte Personnel du Bénéficiaire, après authentification, sera réputée avoir été accomplie par ce dernier et sous la responsabilité de ce dernier. Le Bénéficiaire doit dès lors prendre toutes les mesures nécessaires pour garder son code d'accès secret. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ne pourra être tenue responsable de toute perte ou de tout dommage survenant suite à une négligence ou un manquement du Bénéficiaire à cette obligation.

Si le Bénéficiaire suspecte une menace ou un risque d'utilisation non autorisée, le Bénéficiaire pourra demander à INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES de lui fournir de nouveaux codes d'accès.

7. Fournitures des Services

Les Services sont fournis au Bénéficiaire durant les plages horaires réservées. Ces Services sont fournis par vidéoconférence, soit via la Plateforme soit via tout autre moyen technique compatible avec la Plateforme. Durant leurs échanges, le Bénéficiaire et le Médecin bénéficieront de communications électroniques sécurisées, permettant de garantir la plus stricte confidentialité.

8. e-Prescription

Le cas échéant, et uniquement si ce service est disponible, le Médecin pourra émettre une e-prescription en faveur du Bénéficiaire. Cette e-prescription relève de l'appréciation indépendante du Médecin, conformément aux règles légales et déontologiques qui régissent l'art de guérir. L'e-prescription n'a donc pas de caractère obligatoire ou systématique.

9. Déontologie

Les membres de l'équipe Médicale demeure soumise aux règles légales et déontologiques régissant l'art de guérir et leur profession respective, lors de la fourniture des Services.

IV. TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

1. Information.

Le présent article s'applique sans préjudice des autres clauses et conditions générales applicables aux activités de traitement des données à caractère personnel réalisées par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants. Le Bénéficiaire est invité à consulter ces autres clauses et conditions générales, que celles-ci soient contenues dans son contrat, dans les divers documents contractuels ou sur les sites internet d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES.

2. Consentement

Lors de son inscription aux Services, le Bénéficiaire est invité à émettre son consentement exprès, sur la fourniture des Services conformément aux présentes conditions. Dans l'hypothèse où le Bénéficiaire est un mineur, ce consentement doit être donné par son représentant légal (parent ou tuteur légal). Le formulaire de consentement peut être un formulaire papier ou électronique. Le consentement exprès du Bénéficiaire peut être recueilli par le biais d'une signature manuscrite, d'une signature électronique, de l'utilisation des authentifiant et codes d'accès communiqués à le Bénéficiaire ou par tout autre moyen permettant au Bénéficiaire de manifester son accord de manière active et certaine.

3. Responsable du traitement

Le responsable du traitement des Données du Bénéficiaire est INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus à l'article I (« Définitions »).

4. Finalités du traitement

Les Données de le Bénéficiaire sont traitées en vue de réaliser les finalités suivantes : la gestion du fichier des personnes et des données de le Bénéficiaire ; l'identification et l'authentification de le Bénéficiaire ; la fourniture des Services (en ce compris la prise de rendez-vous, la préparation des téléconsultations, la délivrance d'informations et de conseils en matière de santé, la délivrance d'e-prescription) ; la gestion du contrat d'assurance de le Bénéficiaire ; la preuve des transactions commerciales, de la fourniture des Services et de l'information médicale à le Bénéficiaire ; le service à la clientèle ; la détection, la prévention et la lutte contre la fraude ; les études statistiques.

5. Destinataires

Dans la mesure où la communication des Données est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, les Données peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du Groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci (avocats, experts, médecins conseils, réassureurs, co-assureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, services d'archivage électronique, autres entreprises d'assurances, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, Datassur). Ces Données peuvent également être communiquées aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé avec lequel INTER PARTNER

ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants peut être amenée à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

6. Transfert des données hors de l'Union Européenne

Les autres entreprises du Groupe AXA, les entreprises et/ou les personnes en relation avec celles-ci auxquelles les données à caractère personnel sont communiquées, peuvent être situées aussi bien dans l'Union Européenne qu'en dehors. En cas de transferts de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants se conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elle assure, notamment, un niveau de protection adéquat aux données à caractère personnel ainsi transférées sur la base des mécanismes alternatifs mis en place par la Commission européenne, tels les clauses contractuelles standard, ou encore les règles d'entreprise contraignantes du Groupe AXA en cas de transferts intragroupe (Mon. B. 6/10/2014, p. 78547).

7. Sécurité et confidentialité

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES garantit le respect des règles spécifiques applicables au traitement des données relatives à la santé des personnes concernées, en prenant toutes les mesures techniques et organisationnelles requises à cette fin.

- a. Le traitement de ces données n'est réalisé que sur la base du consentement exprès et écrit du Bénéficiaire ou, lorsqu'elle est physiquement ou juridiquement incapable de donner son consentement, en vue de préserver les intérêts vitaux de celle-ci.
- b. Le traitement de ces données est effectué sous la surveillance de médecins (médecins-conseils), soumis au secret médical, par des collaborateurs d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES spécialement désignés à cette fin.
- c. Les certificats médicaux, les données et les informations médicales et les autres documents reprenant ces données, qui sont nécessaires à la négociation, à la conclusion ou à l'exécution du contrat, en ce compris la fourniture des Services, ne sont remis qu'à l'Equipe Psycho / Médicale. Les membres de l'Equipe Psycho / Médicale ne communiquent, pour leur part, à INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ou aux personnes strictement désignées à cette fin que les données relatives à l'état de santé actuel des personnes concernées et qui sont strictement pertinentes eu égard au risque pour lequel ces documents ont été établis.
- d. Le transfert de ces données n'est effectué que dans la mesure où il s'avère nécessaire et où les destinataires présentent les garanties suffisantes pour assurer le respect des règles spécifiques au traitement.

8. Conservation des données

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants conserve les données à caractère personnel collectées relatives aux connexions à l'App, à la Plateforme, au Compte Personnel de le Bénéficiaire, aux communications entre le Bénéficiaire et le Médecin ainsi que celles relatives à la fourniture des Services et au contrat d'assurance pendant toute la durée de la relation contractuelle, avec mise à jour de celles-ci chaque fois que les circonstances l'exigent, prolongée du délai légal de conservation ou du délai de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

9. Nécessité de fournir les données à caractère personnel

Les données à caractère personnel relatives au Bénéficiaire qu'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants demandent de fournir sont nécessaires à la fourniture des Services. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat ou la fourniture des Services.

10. Confidentialité

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants ont pris toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données à caractère personnel qui lui sont communiquées et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci. A cette fin, INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES suit les standards de sécurité et de continuité de service et évalue régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de ses partenaires.

11. Les droits du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire a le droit

- a. d'obtenir d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ;
- b. de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes ;
- c. de faire effacer ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;

- d. de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- e. de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants. Le responsable du traitement ne traite plus les données à caractère personnel, à moins qu'il ne démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés du Bénéficiaire ;
- f. de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ;
- g. de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative ; toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, d'exprimer son point de vue et de contester la décision d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ;
- h. de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies à INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES et ses sous-traitants, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine ; de transmettre ces données à un autre responsable du traitement, lorsque (i) le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement ou pour les besoins de l'exécution d'un contrat et (ii) le traitement est effectué à l'aide de procédés automatisés ; et d'obtenir que ses données à caractère personnel soient transmises directement d'un responsable du traitement à un autre, lorsque cela est techniquement possible ;
- i. de retirer son consentement à tout moment, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui, lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement.
Le Bénéficiaire est informé qu'en cas de retrait de son consentement, il ne pourra plus accéder aux Services ni à son Compte Personnel.

12. Contacter INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES

Le Bénéficiaire peut contacter INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES pour exercer ses droits aux adresses suivantes, accompagné d'une photocopie recto verso de la carte d'identité :

- par courrier postal :
INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES - Data Protection Officer, boulevard du Régent, 7 1000 BRUXELLES
- par courrier électronique : dpo.BNL@axa-assistance.com

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

13. Introduire une plainte

Si le Bénéficiaire estime qu'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ne respecte pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES en priorité.

Le Bénéficiaire peut aussi introduire une réclamation auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles. Belgique
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35
Contact@apd-gba.be

Le Bénéficiaire peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

V. RESPONSABILITES

1. Responsabilités du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable des informations médicales partagées dans l'utilisation des Services, de l'App et de la Plateforme, conformément aux présentes conditions générales, aux règles légales applicables et aux standards de bon comportement applicables. En particulier, le Bénéficiaire s'engage à n'utiliser l'App et la Plateforme qu'en conformité avec les règles d'usage normal (qu'il s'agisse ou non d'un usage répondant à la notion de « fair use ») et à ne pas y placer de virus ou d'autres dispositifs malveillants qui pourraient avoir pour but ou pour effet de rendre, en tout ou en partie, l'App et la Plateforme impropres à l'usage ou leur destination.

Le Bénéficiaire s'engage à ne pas porter atteinte aux droits d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ou des tiers. Le Bénéficiaire s'engage, à cet égard, à respecter les droits de propriété intellectuelle des concepteurs et des éditeurs de l'App, de la Plateforme ainsi qu'aux droits de propriété intellectuelle d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ou de toute autre

filiale du Groupe AXA. Le Bénéficiaire s'interdit également de collecter des informations relatives à d'autres Assurés ou utilisateurs de l'App, de la Plateforme ou des Services ou d'accéder, sous quelque manière que ce soit, aux données ou à nuire aux droits ou aux intérêts d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES.

Le Bénéficiaire prend seul les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité de ses codes d'accès, identifiants et des documents qu'il place (« upload ») sur et/ou télécharge (« download ») depuis la Plateforme.

En cas de non-respect des obligations du Bénéficiaire, INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, ou les concepteurs ou les éditeurs de l'App et de la Plateforme en leur nom personnel, seront en droit de suspendre, totalement ou en partie, ou de bloquer définitivement l'accès aux Services, à l'App et/ou à la Plateforme, sans préavis ni indemnité d'aucune sorte pour le Bénéficiaire.

2. Responsabilités d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES organise et met les Services à la disposition des Assurés dans le cadre d'une obligation de moyen et dans les limites prévues par les présentes conditions. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES travaille avec des sous-traitants pour le fonctionnement et l'entretien de l'App et de la Plateforme. En cas de non-fonctionnement de l'app et de la Plateforme, INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES fera tout afin d'obtenir la réparation la plus vite possible ou au moins dans un délai raisonnable. La responsabilité d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES se limite par conséquent à la fourniture de ces Services. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES n'est pas responsable de l'App et de la Plateforme, qui sont développés par des tiers. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ne peut dès lors être tenue d'indemniser le Bénéficiaire en cas de dommages résultant soit d'un usage (correct ou incorrect) de l'App et de la Plateforme soit de leur indisponibilité, temporaire ou totale, soit encore des oublis, des carences ou des inexactitudes dans les mises à jour ou les adaptations de celles-ci. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ne peut pas être tenue responsable en cas de force majeure. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ne peut pas non plus être tenue responsable en cas de dommages résultant des contraintes et des limites des appareils et logiciels ou des réseaux de communications électroniques utilisés par le Bénéficiaire ou encore des dommages résultant de virus informatiques, de fraudes ou d'actes malveillants émanant de tiers.

Sauf le cas de faute volontaire (dol), INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ne sera tenue que d'indemniser les dommages directs et prévisibles.

3. Responsabilité de l'Equipe Médicale

Les membres de l'Equipe / Médicale, affectés à l'exécution des Services sur base des informations fournis par l'assuré, sont soumis aux règles légales applicables à leur secteur d'activités respectif. Le Médecin est personnellement et exclusivement responsable des actes médicaux, des avis et des conseils et des prescriptions qu'il fournit au Bénéficiaire dans le cadre des Services. L'Equipe Psycho / Médicale ne saurait être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation.

VI. PROPRIETE INTELLECTUELLE

1. Droit d'auteur

Toutes les informations ou documents contenus dans l'App ou la Plateforme ainsi que tous les éléments créés pour celles-ci demeurent la propriété de leurs concepteurs ou éditeurs ou, selon le cas, peuvent faire l'objet de droit d'utilisation, de reproduction et de représentation consentis au profit d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES. Ces informations, documents ou éléments sont soumis aux lois protégeant le droit d'auteur dès lors qu'ils sont mis à la disposition du public sur ce site. Aucune licence, ni aucun droit autre que celui d'utiliser et de consulter l'App et la Plateforme, n'est conféré à quiconque au regard des droits de propriété intellectuelle. La reproduction des documents du site est autorisée à des fins exclusives d'information pour un usage strictement privé : toute reproduction et toute utilisation de copie réalisée à d'autres fins est expressément interdite sans l'autorisation préalable et expresse des éditeurs.

2. Signes distinctifs

Les marques, signes distinctifs et noms commerciaux utilisés par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES sont protégés par les lois, belges et internationales, de propriété intellectuelle. Sauf mention contraire, les dénominations sociales, les logos, les produits et marques reproduits ou cités sur l'App ou la Plateforme (que ceux-ci soient ou non suivis des sigles ® et ™) ne peuvent être utilisés sans l'autorisation écrite préalable d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES ou de leur détenteur.

3. Hyperliens

Sauf autorisation préalable et expresse d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, aucun lien hypertexte ne pourra être établi vers ou depuis l'App ou la Plateforme.

VII. PREUVES

1. Historique

Conformément aux dispositions légales applicables et sans préjudice des règles applicables au traitement des données à caractère personnel, INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES conserve, dans des conditions raisonnables de sécurité, l'historique des connexions du Bénéficiaire à l'App, à la Plateforme ainsi qu'à son Compte Personnel ainsi que l'historique des messages et des documents échangés via l'App et la Plateforme. Le Bénéficiaire reconnaît et accepte que cet historique puisse faire preuve de la fourniture des Services, des communications entre le Médecin et lui-même et/ou de la communication d'e-prescription.

2. Signature

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES applique des procédés d'authentification garantissant l'origine et l'intégrité des données échangées sous la forme électronique. Ces procédés sont destinés à identifier avec le degré de certitude requis du

Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reconnaît et accepte dès lors que son authentification, par le biais de ces procédés, lui permet de manifester, dans des conditions de sécurité suffisantes, son consentement pour le traitement de ses Données, pour la fourniture des Services et pour l'acceptation des présentes conditions générales. La manifestation du consentement du Bénéficiaire, après son authentification, équivaut dès lors à une signature électronique, au sens des dispositions légales applicables, et peut dès lors constituer une preuve de son consentement.

VIII. MODIFICATIONS ET RESILIATION

1. Modifications

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES se réserve la possibilité d'adapter, de modifier ou de compléter, à tout moment, les présentes conditions générales. Le Bénéficiaire est dès lors invité à les consulter régulièrement. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES informera le Bénéficiaire, par une mention spécifique, de toute adaptation, modification ou complément. L'utilisation de l'App ou de la Plateforme, suivant cette mention, emporte le consentement du Bénéficiaire aux adaptations, modifications ou compléments apportés.

AXA PARTNERS se réserve également la possibilité d'adapter, de modifier ou de compléter, à tout moment, les caractéristiques ou les fonctionnalités des Services, les Contenus, l'architecture de l'App ou de la Plateforme. Ces adaptations, modifications ou compléments pourront être apportées sans préavis ni indemnité d'aucune sorte pour le Bénéficiaire, même en cas de suspension de la fourniture des Services.

Le Bénéficiaire est enfin invité à consulter régulièrement les conditions générales applicables à l'App et à la Plateforme, lesquelles peuvent faire l'objet d'adaptation, de modification ou de complément apportés par leurs concepteurs ou leurs éditeurs. INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES rappelle qu'elle ne dispose d'aucun contrôle sur la teneur de ces dernières conditions générales.

2. Résiliations

La fourniture des Services et l'accès au Compte Personnel du Bénéficiaire seront terminés de plein droit, sans préavis ni indemnité d'aucune sorte pour le Bénéficiaire, dans les cas suivants :

- a. Lorsque le Bénéficiaire n'est plus couvert par l'Assurance ou tout autre produit d'assurance incluant la fourniture par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES d'une assistance sous la forme de téléconsultation ;
- b. Lorsque le contrat sous-jacent du Bénéficiaire prend fin, pour quelque raison que ce soit (annulation, résiliation, résolution, etc.) ;
- c. Lorsque le Bénéficiaire notifie son intention de mettre fin aux Services, moyennant un préavis donné par écrit (courrier simple ou recommandé, e-mail, fax) à INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES d'au minimum 10 jours ouvrables ;
- d. Lorsque le Bénéficiaire retire son consentement conformément à l'Article IV des présentes conditions générales ;
- e. Lorsque le Bénéficiaire commet une infraction aux présentes conditions générales, aux droits d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, des concepteurs ou des éditeurs de l'App et de la Plateforme ;
- f. Lorsqu'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES suspecte ou constate une usurpation d'identité, une fraude, ou un accès non autorisé à l'App, la Plateforme ou au Compte Personnel du Bénéficiaire.

3. Conséquences de la résiliation

La résiliation des Services ou du Compte Personnel du Bénéficiaire n'entraîne pas l'effacement ou la destruction automatique des documents, des Données et des autres informations traitées par INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES, dans le cadre ou en raison de la fourniture des Services.

IX. RECLAMATION, LOI APPLICABLE ET TRIBUNAL COMPETENT

1. Réclamation

INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES veille à offrir un service de qualité. Si une incompréhension ou une réclamation subsiste vous pouvez écrire au département QUALITY d'INTER PARTNER ASSISTANCE SERVICES au boulevard du Régent 7, 1000 Bruxelles ou par E-mail : businesscare.bnl@axa-assistance.com. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

2. Loi applicable

Les présentes conditions générales sont soumises à la loi belge. Tout litige relatif à la validité, à l'interprétation, à l'exécution ou à la cessation des Services ou à la validité, à l'interprétation et à l'application des présentes conditions générales sera réglé conformément aux dispositions de la loi belge, à l'exception des règles de conflits de lois.

3. Tribunal compétent

Tout litige relatif à la validité, à l'interprétation, à l'exécution ou à la cessation des Services ou à la validité, à l'interprétation et à l'application des présentes conditions générales sera soumis à la compétence exclusive des tribunaux de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles.

Partie 2: l'assurance protection juridique

Article 1. Preneur d'assurance et assurés

Le preneur d'assurance des services fournis par la compagnie d'assurance protection juridique D.A.S. (ci-après "DAS") est Cares. Les bénéficiaires (ci-après "assuré(s)") des services DAS sont les assurés sous les contrats "Vital Care" proposés par Cares

Article 2. Garantie - services

DAS offre aux assurés, par l'intermédiaire de son propre service juridique, un conseil juridique de première ligne par téléphone, sans externalisation à un expert externe qui pourrait représenter les intérêts de l'assuré. Le conseil est dispensé en néerlandais, français ou anglais, selon la préférence de l'assuré.

Le conseil de première ligne est purement indicatif et consiste uniquement à exposer les différentes possibilités d'action dans le cadre d'une question hypothétique ou d'un (début de) litige. La dispense de ce conseil constitue une obligation de moyen et non de résultat de la part de DAS.

Les questions qui peuvent être prises en compte dans le cadre de ce conseil juridique de première ligne concernent les interrogations et risques pouvant surgir suite à une maladie grave et décès. De manière non limitative, les questions peuvent être :

- Quels sont mes droits en cas de maladie ?
- Protection juridique des personnes malades
- Droits et devoirs du patient
- Que faire en cas de mort imminente ?
- Conseils pour régler ma succession
- Comment un testament doit-il être rédigé et quelles sont les options disponibles ?
- Comment un testament doit-il être conservé et exécuté ?
- Comment se déroule l'acceptation ou la renonciation à une succession ?
- Comment se fait la déclaration de succession ?
- Comment les droits de succession sont-ils calculés et qui doit les payer ?
- Les héritiers sont-ils tenus de payer les dettes du défunt ?
- Qui doit payer les frais funéraires ?
- Quels accords peuvent être conclus concernant une succession non encore ouverte ?

Article 3. Exclusions

En général, sont exclues les questions suivantes :

- Toutes les questions qui ne peuvent pas être répondues oralement, dans le cadre d'un entretien téléphonique d'une durée maximale de 60 minutes ;
- Toutes les questions qui nécessitent des recherches supplémentaires et qui ne peuvent raisonnablement être considérées comme des questions pouvant être répondues dans le cadre d'un conseil juridique de première ligne ;
- Toutes les questions pour lesquelles l'assuré demande une réponse écrite;
- Toutes les questions pour lesquelles l'assuré a déjà consulté un avocat ou un autre conseiller professionnel ;
- Toutes les questions concernant des procédures en cours, que ce soit devant des juridictions belges ou étrangères.

Article 4. Fonctionnement pratique

4.1 Demande

L'assuré prend contact par téléphone avec Cares. Cares examine si la demande de l'assuré peut donner lieu à une assistance par DAS. Si Cares estime que la demande rentre dans le cadre de l'assistance pouvant être fournie par DAS, Cares vérifie si la personne qui fait la demande peut être considérée comme un assuré dans le cadre de cette police. Dans affirmative, Cares mettra l'assuré en contact avec DAS ou demandera à DAS de contacter l'assuré dans les 48 heures. Les données de l'assuré, y compris son nom, prénom et son numéro de téléphone ou de portable, seront mentionnées lors de l'envoi de la demande à DAS.

4.2 Traitement de la demande

DAS prend contact avec l'assuré dans un délai de 48 heures (tenant compte uniquement des jours ouvrables) suivant la réception de la demande, en utilisant le numéro de téléphone ou de portable indiqué par Cares. Le fait de prendre contact par téléphone

avec l'assuré dans ce délai constitue une obligation de moyen et non une obligation de résultat. Ce délai peut être prolongé par DAS en cas de force majeure ou dans certaines circonstances, telles que, par exemple, lors de jours de fermeture au niveau du secteur ou de l'entreprise, de jours de pont avant ou après les weekends ou les jours fériés, ou lors de séminaires...

Durant l'appel téléphonique, DAS fournira un conseil juridique. L'appel téléphonique durera au maximum 60 minutes. DAS a le droit d'enregistrer l'appel, à condition que l'assuré soit informé avant le début de l'appel et donne son accord.

4.3 Clôture du traitement de la demande

Après chaque appel téléphonique avec l'assuré, DAS enverra un e-mail à Cares indiquant la durée de l'appel ainsi que la date à laquelle l'appel a eu lieu.

Article 5. Plainte

L'assuré peut adresser ses plaintes par écrit aux instances suivantes :

- Cares Assistance SA
Rozebeekstraat 44
Belgique
Tél. : +32 2 486 85 10
E-mail : complaints@cares-assistance.eu
- D.A.S. Société belge d'assurances de protection juridique SA
Boulevard du Roi Albert II, 7
1210 Bruxelles
Belgique
Tél. : 02.645.51.81
E-mail : meldpunt@das.be

En dernier recours, l'assuré peut s'adresser à :

- Ombudsman des assurances (entité qualifiée)
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
www.ombudsman.as

Article 6. Droit applicable et tribunal compétent

En cas de litige concernant ce contrat d'assurance, le droit belge est applicable et les tribunaux belges sont compétents.

Article 7. Prescription

Le délai de prescription pour toute action en justice découlant d'un contrat d'assurance est de trois ans.

Article 8. Protection des données personnelles

DAS prend les mesures appropriées nécessaires pour protéger vos données personnelles et pour respecter la législation applicable en matière de protection des données, y compris le Règlement Général sur la Protection des Données. Toutes les informations concernant le traitement de vos données personnelles par DAS, y compris les coordonnées, les finalités du traitement, les bases légales, les transferts, les délais de conservation et vos droits, sont disponibles dans notre Déclaration de Confidentialité, que vous pouvez consulter sur <https://www.das.be/nl/privacy>.

Article 9. Sanctions financières

Conformément à la législation (inter)nationale sur les sanctions, DAS ne fournira pas d'assistance et ne sera pas tenue de payer toute créance ni d'octroyer tout avantage en vertu de ce contrat si cela nous expose à des sanctions, interdictions ou restrictions imposées par des résolutions des Nations Unies, des sanctions commerciales ou économiques, des lois ou règlements de l'Union européenne, des sanctions économiques belges et des sanctions imposées par les États-Unis d'Amérique, dans la mesure où elles ne contreviennent pas aux dispositions légales applicables aux distributeurs d'assurances belges.