Revenu Garanti

Produit d'assurance
proposé par

Conditions générales de l'assurance

Supporter de votre vie

Édition 19/04/2025

TABLE DES MATIÈRES

CONDITIONS GÉNÉRALES 3

Article 1 : Qu'entend-on par les termes suivants ? 3

Article 2 : Objet de l'assurance 5

Article 3 : Les prestations et les modalités y afférentes 5

Article 4 : Formalités médicales 5

Article 5 : Affections préexistantes 5

Article 6 : Étendue géographique des garanties 6

Article 7 : Quand a-t-on droit aux prestations ? 6

Article 8 : A partir de quel moment couvrons-nous le risque ? 7

Article 9 : Quels sont les risques exclus ? 7

Article 10 : Le terrorisme est-il couvert ? 9

Article 11 : Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ? 10

Article 12 : Sanctions en cas de non-respect des obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit 11

Article 13 : Comment fixe-t-on l'incapacité ? Expertise médicale 12

Article 14 : Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ? 12

Article 15 : Remise en vigueur 12

Article 16 : Adaptation des conditions d'assurance et de prime 12

Article 17 : Modification des données / changement de domicile 13

Article 18 : Communication 13

Article 19 : Résiliation du contrat 13

Article 20 : Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle 14

Article 21 : Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle 14

Article 22 : Responsabilité contractuelle et extracontractuelle 14

Article 23 : Services connexes liés au bien-être et à la santé 14

Article 24 : Demande d'informations et plaintes 15

Article 25 : Droit applicable, tribunaux compétents et autorités de contrôle 15

CONDITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : Qu'entend-on par les termes suivants ?

Les termes repris ci-dessous sont en italique et marqués d'un astérisque* la première fois qu'ils sont utilisés dans les conditions générales.

Accident

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

Affection préexistante

La diminution de l'intégrité physique consécutive à des accidents, maladies ou affections survenus avant la date de souscription du contrat ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date et/ou dont les premiers symptômes se sont manifestés avant cette date mais qui n'a pas été déclarée par l'assuré lors de la souscription.

En ce qui concerne les contrats d'assurance non liés à l'activité professionnelle au sens de la loi relative aux assurances du 04/04/2014, n'est pas considérée comme une affection préexistante une maladie ou une affection qui n'a pas été diagnostiquée dans les deux années suivant la prise d'effet du contrat et dont les symptômes s'étaient déjà manifestés lors de la conclusion du contrat mais n'avaient, lors de la déclaration des risques et non intentionnellement, pas été déclarés ou l'avaient été de manière inexacte.

Aggravation

Toute augmentation du taux d'incapacité.

Amélioration

Toute diminution du taux d'incapacité.

Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Contrat d'assurance conclu par un preneur d'assurance au bénéfice d'une ou de plusieurs personne(s) qui, au moment de la conclusion du contrat, sont professionnellement liées avec le preneur d'assurance.

Crime

Un crime est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine criminelle. N'est considéré comme tel que le crime qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

Délai d'attente

La période qui débute à la prise d'effet de la garantie et durant laquelle l'assuré ne peut faire valoir aucun droit aux prestations.

Délai de carence

Le délai de carence est une période débutant le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité de travail et se terminant après un certain nombre de jours défini dans les conditions particulières. Durant cette période, nous ne sommes redevables d'aucune prestation.

Si l'incapacité se poursuit au-delà de ce délai de carence, nous sommes redevables des prestations à partir du premier jour qui suit la fin de ce délai. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période d'incapacité consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, un nouveau délai de carence est d'application.

Délit

Un délit est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine correctionnelle. N'est considéré comme tel que le délit qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

Durée minimale

La durée minimale, telle que précisée dans les conditions particulières, est la durée que l'incapacité doit atteindre pour que les prestations soient dues. Cette période commence le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité.

Lorsque l'incapacité se poursuit au-delà de cette durée minimale, les prestations sont dues depuis le premier jour de cette incapacité. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période d'incapacité consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, une nouvelle durée minimale est d'application.

Fait intentionnel

L'acte commis volontairement et sciemment par l'assuré et qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'assuré ait nécessairement eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

Incapacité de travail, ci-après dénommée l'incapacité

La diminution de l'intégrité physique de l'assuré consécutive à une maladie ou à un accident entraînant une diminution des revenus professionnels ou de la capacité de gain de l'assuré. Lors de l'appréciation de l'incapacité de l'assuré, sont prises en compte la profession exercée et les possibilités de reclassement dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa situation sociale dans des conditions économiques normales. La détermination du degré d'incapacité est donc indépendante de tout autre critère économique. Le taux d'incapacité pris en considération ne peut dépasser celui qui serait déterminé par les conditions du marché du travail en Belgique.

L'incapacité est considérée comme totale lorsque le taux d'incapacité de travail atteint au moins 67 %.

L'assuré

La personne désignée comme telle dans les conditions particulières.

Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et organiques et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

Les complications pathologiques de la grossesse sont, sur la base d'une attestation médicale, assimilées à une maladie.

Par contre, le repos de maternité légal ou réglementaire n'est pas assimilé à une période d'incapacité de travail résultant d'une maladie.

Nous

AG Insurance SA, ci-après dénommé « AG », dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Bd Émile Jacqmain 53, TVA BE 0404.494.849.

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière d'AG est disponible sur www.ag.be.

Preneur d'assurance

La personne qui conclut le contrat d'assurance.

Rechute

Une nouvelle incapacité consécutive à la même maladie, à la même affection ou au même accident.

Résidence habituelle

Le lieu choisi par l'assuré comme centre permanent de ses intérêts personnels et/ou professionnels, le choix de ce lieu étant déterminé par des circonstances de nature personnelle et/ou professionnelle.

Sinistre

Tout événement susceptible de faire intervenir les garanties du contrat d'assurance.

Terrorisme

Une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Article 2 : Objet de l'assurance

Cette assurance garantit le paiement des prestations décrites dans les conditions particulières et selon les modalités qui y figurent, lorsque *l'assuré** est frappé d'une *incapacité de travail** provoquée par une *maladie** ou un *accident**.

Cette assurance peut couvrir l'incapacité partielle et totale. Les prestations sont payables proportionnellement au taux d'incapacité.

L'assurance souscrite par l'employeur au profit de son travailleur ou par une personne morale au profit de son dirigeant visé à l'article 32, alinéa 1, 1° et 2° CIR/92 a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue, par conséquent, un engagement individuel tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4ième tiret du Code des Impôts sur les Revenus 1992, à savoir un engagement qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident et/ou d'une maladie.

Article 3 : Les prestations et les modalités y afférentes

3.1. Rente en cas d'incapacité

Lorsque le droit aux prestations est ouvert au profit du bénéficiaire, *nous** payons durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, une rente dont le montant annuel est déterminé dans les conditions particulières.
Cette rente est, sauf convention contraire, payable par fractions mensuelles, à termes échus. La première rente mensuelle est calculée au prorata du nombre de jours entre la date d'ouverture du droit aux prestations et le dernier jour du mois.
La dernière rente mensuelle est calculée au prorata du nombre de jours entre le premier jour du mois et le jour où le droit aux prestations cesse.

3.2. Remboursement des primes

Lorsque le droit aux prestations est ouvert, nous remboursons au *preneur d'assurance**, durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, le montant de la prime, taxes éventuelles comprises. Ce montant est payable selon les mêmes modalités que la rente décrite ci-dessus.

3.3. Réévaluation périodique

Au vu des progrès de la science médicale, nous nous réservons le droit de réévaluer périodiquement le taux d'incapacité, l'assuré s'engageant dès lors à fournir tous les renseignements médicaux utiles et à subir les examens médicaux nécessaires à cette fin.

Article 4 : Formalités médicales

Nous avons défini une politique d'acceptation du risque « incapacité » prévoyant des formalités médicales.

Conformément à cette politique, lors d'une affiliation ou lors d'une augmentation des garanties, nous subordonnons, dans certains cas, son acceptation au résultat favorable d'un questionnaire médical ou d'un examen médical passé à nos frais devant un médecin.

En fonction du résultat de ces formalités médicales, nous pouvons accepter, refuser ou différer l'affiliation ou l'augmentation des garanties, réclamer une surprime et/ou exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre recommandée au candidat-assuré. Les surprimes sont communiquées par lettre au preneur d'assurance. Cette lettre ne doit pas nous être retournée. Nous appliquons automatiquement les surprimes.

La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment.

Article 5 : Affections préexistantes

Le droit aux prestations n'est jamais ouvert si l'incapacité résulte d'une *affection préexistante**.

Ce principe s'applique également aux augmentations, extensions ou remises en vigueur de garanties.

Le taux d'incapacité est diminué du taux des incapacités éventuelles existant au moment de la prise de cours des présentes garanties, de la remise en vigueur ou d'une augmentation des garanties, ou bien résultant d'un risque exclu.

Article 6 : Étendue géographique des garanties

Les garanties sont effectives dans le monde entier selon les modalités suivantes :

- L'assuré doit avoir sa *résidence habituelle** en Belgique et le contrôle prévu dans la présente convention doit pouvoir être exercé en Belgique ;
- Les garanties sont effectives si l'assuré séjourne dans l'un des pays suivants : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, État de la Cité du Vatican, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lichtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, République de Chypre, République de San Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, République Tchèque ;
- En cas de séjour hors de l'un de ces pays, les garanties ne sont effectives que s'il s'agit d'un séjour de maximum trois mois ou de plusieurs séjours d'une durée cumulative de maximum trois mois par année calendrier, dans un ou plusieurs pays ;
- En cas de séjour hors de l'un de ces pays de plus de trois mois ou de séjours multiples dans un ou plusieurs pays d'une durée cumulative de plus de trois mois par année calendrier, les garanties ne sont effectives qu'après notre accord écrit préalable.

Article 7 : Quand a-t-on droit aux prestations ?

Le droit aux prestations s'ouvre si :

- le taux d'incapacité est d'au moins 25 % ;
- le *délai de carence** ou la *durée minimale** tel que précisé dans les conditions particulières, est écoulé ;
- le *délai d'attente** de 18 mois, applicable en cas de troubles psychiques, de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique, est écoulé.

Le droit aux prestations est déterminé par la date fixée par décision médicale comme étant celle du début de l'incapacité.

En cas de *rechute** dans les 3 mois qui suivent une diminution du taux d'incapacité sous le seuil de 25 % suite à une *amélioration** :

- nous considérons qu'il y a continuation de la même incapacité et qu'aucun nouveau délai de carence ou aucune durée minimale n'est applicable ;
- nous ne tenons pas compte des éventuelles demandes d'augmentation de la rente assurée.

Toute augmentation des prestations causée par une nouvelle cause d'incapacité est soumise au délai de carence ou à la durée minimale prévue par les conditions particulières.

Durant un *sinistre**, ni la prime, ni la rente assurée ne peuvent être adaptées.

Si l'incapacité est la conséquence d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations sont suspendues pendant une période qui correspond à la période de repos de maternité légal ou réglementaire qui est octroyée pour la naissance d'un enfant (ci-après dénommée la durée standard du repos de maternité). La détermination de cette période ne prend pas en compte d'éventuelles prolongations et est effectuée sur la base du statut social de l'assuré.

En ce qui concerne les incapacités se produisant avant la date de l'accouchement et qui sont la conséquence d'une grossesse, le point de départ de la durée standard de repos de maternité s'apprécie en fonction de la date probable de l'accouchement.
En ce qui concerne les incapacités se produisant après la date de l'accouchement et qui sont la conséquence d'une grossesse ou d'un accouchement (après plus de 180 jours de grossesse), le point de départ de la durée standard du repos de maternité s'apprécie en fonction de la date effective de l'accouchement.

Si l'incapacité est la suite :

- de troubles psychiques dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin psychiatre,
- de fibromyalgie dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin spécialisé,
- d'un syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un centre de référence reconnu,

les prestations ne sont dues que durant une période cumulée de 2 ans sur toute la durée de la garantie et après application d'un délai d'attente de 18 mois.

Le droit aux prestations cesse :

- lorsque le taux d'incapacité tombe sous les 25 % suite à une amélioration ;
- au terme du présent contrat ;
- au décès de l'assuré ;
- en cas de mise à la pension légale de l'assuré.

Article 8 : A partir de quel moment couvrons-nous le risque ?

Le contrat prend effet à la date de prise de cours stipulée dans les conditions particulières mais pas avant la signature du contrat par les parties, ni avant le paiement de la première prime.

Si dans un délai de 30 jours à compter de la date d'émission, un exemplaire dûment signé du contrat ne nous a pas été renvoyé, et que la première prime n'a pas été payée, le contrat émis sera considéré de plein droit et sans mise en demeure comme non-avenu.

Article 9 : Quels sont les risques exclus ?

La garantie n'est jamais acquise lorsque l'incapacité :

- résulte directement ou indirectement d'une consommation abusive d'alcool, de la toxicomanie, d'un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psychoactive non prescrite médicalement ;
- survient alors que l'assuré est en état d'intoxication alcoolique de plus de 1,5 g par litre de sang, en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées, ce qui a influencé la maladie et/ou l'accident ;
- résulte d'un *fait intentionnel** de la part de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'assuré à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte de la participation volontaire de l'assuré à un *crime** ou à un *délit** ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il est établi que l'assuré n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- résulte d'un événement de guerre, de faits de même nature ou d'une guerre civile. L'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclue si l'assuré participe activement aux hostilités. En cas de séjour à l'étranger, l'incapacité de travail due à un événement de guerre est couverte :
  - si le conflit imprévisible éclate pendant le séjour de l'assuré ;
  - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement dans les conditions particulières (moyennant une surprime éventuelle) ;
- résulte de la participation de l'assuré à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens ;
- résulte d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- est la conséquence d'une opération de chirurgie ou d'un traitement esthétique ou plastique sauf si l'incapacité de travail résulte d'une opération de chirurgie reconstructrice suite à un accident, un cancer, des brûlures ou des lésions encourues lors d'un sinistre couvert par nous ;
- est non contrôlable par un examen médical ou est liée à un trouble psychique ne présentant pas de symptômes objectifs et organiques, sauf si un diagnostic basé sur des troubles physiologiques est établi par un psychiatre ;
- résulte :
  - de la pratique de sports en tant que sportif professionnel ou semi-professionnel, en exécution d'un contrat de travail pour sportifs rémunérés tel que défini par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail pour les sportifs rémunérés ;
  - de la pratique de sports pendant/en préparation de démonstrations, de tentatives de record,... ;
  - de la pratique de sports moteurs ou de sports automobiles (p. ex. karting, rallye, raid, motocross,...) en tant que pilote ou copilote ;
  - de l'utilisation d'engins motorisés tout-terrain de loisir (quad, moto tout-terrain,...) ;

- de l'utilisation de n'importe quel véhicule avec ou sans moteur ou tiré par un animal, qui participe à/en préparation à des démonstrations, des tentatives de record ou des compétitions en tant que pilote, copilote ou passager ;
- de la conduite d'un aéronef motorisé de sport ou de plaisance (ULM, hélicoptère, avion...) en tant que pilote, copilote ou passager ;
- de l'usage d'un appareil de navigation aérienne à l'occasion de compétitions, démonstrations, essais de vitesse, raids aériens, vols d'essai ou d'entraînement, records ou tentatives de record ;
- de la pratique de sports aériens (p.ex. deltaplane, vol à voile, parapente, parachutisme, vol en montgolfière, parapente planeur...) ;
- de la pratique en compétition de sports nautiques, équestres, d'hiver ou de cyclisme, y compris leur préparation ;
- de la pratique des sports nautiques suivants :
  - le canyoning 5 fois par an ou plus ;
  - la voile en pleine mer avec traversée transocéanique ;
  - la plongée sauf les plongées où la profondeur est inférieure à 40m, avec oxygène, avec brevet et au moins en duo, les plongées dans des grottes ouvertes, épaves ou les plongées sous la glace si la profondeur est inférieure à 40m, avec oxygène, avec brevet et au moins en duo ;
- de la pratique de sports équestres récréatifs, sauf en randonnée ou au manège ;
- de la pratique de sports de combat, à l'exception du judo, du jiu-jitsu ou du karaté ;
- de la pratique de sports dangereux tels que le benji, le base jump, l'escalade, la spéléologie, l'alpinisme, le rodéo,... ;
- de la pratique de sports extrêmes.

La garantie n'est acquise qu'après mention dans les conditions particulières si l'incapacité résulte :

- de la pratique des sports nautiques suivants :
  - surf ;
  - kitesurf ;
  - voile le long des côtes ou en pleine mer sans traversée transocéanique ;
  - kayak ou canoë ;
  - jet ski ;
  - wakeboard ou kiteboard ;
  - canyoning moins de 5 fois par an ;
  - ski nautique ;
  - plongée dans des grottes ouvertes, des épaves ou sous la glace si la profondeur est inférieure à 40 m avec de l'oxygène, avec brevet et au moins en duo ;
- de la pratique de la chasse ;
- de la pratique du rugby ou du football américain ;
- de la pratique du hockey sur glace ;
- de la pratique de l'escalade en salle en compétition ou avec une difficulté supérieure ou égale à UIAA8 ;
- de la pratique des sports d'hiver (tels que le ski ou le snowboard entièrement hors d'un domaine skiable en pleine nature, le bobsleigh, le skeleton,...) ;
- de la pratique des sports équestres récréatifs en randonnée ou au manège ;
- de la pratique des arts martiaux jiu-jitsu ou karaté ;
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits ou certains des sinistres causés proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
- d'un sinistre subi lors d'une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale et/ou internationale ;
- de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :
  - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
  - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage des charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
  - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installations électriques à haute tension.

Article 10 : Le terrorisme est-il couvert ?

10.1. Adhésion

Nous couvrons les dommages causés par le *terrorisme**. Nous sommes membres à cette fin de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Conformément à la loi du 3 mai 2024 relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des assureurs membres de l'ASBL est, en cas d'acte de terrorisme reconnu par arrêté royal, limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a explicitement prévu un autre régime transitoire.

10.2. Principe de proportionnalité

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

10.3. Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 3 mai 2024, l'acte de terrorisme est reconnu comme tel par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres après l'avis de l'OCAM et du parquet fédéral. Le Comité de règlement des sinistres détermine, endéans les quatorze jours qui suivent la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal qui reconnait l'acte comme terroriste, si les plafonds relatifs provisoires et absolus dont question à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 pourraient être atteints dans le cadre de l'indemnisation des dommages.

Il fixe dans le même délai, conformément à l'article 15 de ladite loi, le pourcentage de l'indemnisation que les assureurs membres de l'ASBL TRIP doivent prendre en charge en conséquence de l'événement.

Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée ne peut prétendre, envers l'entreprise d'assurances, à l'indemnisation qu'après que le Comité ait fixé le pourcentage. L'entreprise d'assurances paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles l'entreprise d'assurances a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme acte de terrorisme.

Lorsque le Comité constate que les montants cités à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 ne suffisent pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages corporels sont indemnisés en priorité.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de l'entreprise d'assurances, définis dans une loi, un arrêté royal ou toute autre réglementation, s'appliquera à votre contrat conformément aux modalités qui y sont prévues.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

Les sociétés liées visées à l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations sont considérées comme un seul et même assuré.

10.4. Armes nucléaires

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

10.5. Modifications ultérieures

En cas de modifications de la législation relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, ces modifications seront automatiquement d'application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

Article 11 : Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ?

11.1. Lors de la souscription du contrat

Tous les renseignements que nous demandons et toutes les circonstances connues du preneur d'assurance ou de l'assuré et dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque doivent nous être fournis.

En cas de non-respect de cette obligation, les dispositions des articles 59 et 60 de la loi relative aux assurances du 04/04/2014 seront d'application sous réserve, en ce qui concerne les contrats non liés à l'activité professionnelle, de l'article 205 de la même loi.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré déclarée lors de la souscription du contrat n'est pas la date de naissance réelle, la rente assurée sera réduite ou augmentée dans la proportion de la prime stipulée au contrat par rapport à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle.

11.2. Au cours du contrat

11.2.1. Paiement des primes

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable par anticipation aux échéances, sur demande de la compagnie. Le paiement d'une prime n'oblige pas le preneur d'assurance au paiement des primes subséquentes.
Si le paiement de la prime est fractionné en paiements périodiques, il doit être effectué au moyen d'une domiciliation sur un compte bancaire ouvert auprès de BNP Paribas Fortis SA. Le paiement d'une prime périodique oblige le preneur au paiement des périodes ultérieures courant jusqu'à l'échéance annuelle suivante.

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, nous pouvons suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation prennent effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque nous avons suspendu notre obligation de garantie, nous pouvons encore résilier le contrat si nous nous en sommes réservés la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 3 ; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de suspension. Si nous ne nous sommes pas réservés cette faculté, la résiliation intervient après une nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 3 et 4.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 3. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

11.2.2. Déclaration

Doivent nous être signalés par écrit dans les 30 jours de leur survenance :

- la conclusion, sur la tête de l'assuré, d'un contrat d'assurance individuelle offrant des garanties équivalentes à celles du présent contrat en cas d'incapacité, quel que soit le montant assuré ;
- la mise à la pension de l'assuré ;
- toute modification de l'activité professionnelle, des activités sportives, du statut social ou du revenu professionnel de l'assuré tels qu'ils sont décrits dans les conditions particulières ;
- tout déménagement du lieu de résidence habituelle vers l'étranger.

11.3. En cas de sinistre

Tout accident ou maladie ayant entraîné ou étant susceptible d'entraîner une incapacité de travail doit nous être déclaré par écrit dès que possible et en tout cas dans un délai de 30 jours.

Toutefois, nous ne nous prévaudrons pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

A cette déclaration, sera joint un certificat du ou des médecins traitants de l'assuré ou, en cas de troubles psychiques, un certificat d'un médecin psychiatre, sur formulaire que nous délivrons, spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'incapacité.

Nous nous réservons toutefois le droit de demander tous les renseignements que nous jugerons nécessaires. A cette fin, nous pouvons notamment demander un certificat médical rédigé par le ou les mêmes médecins concernant le degré et la durée de l'incapacité de travail.

L'assuré s'engage à demander à ses médecins traitants ou, le cas échéant, à son médecin psychiatre, toutes les informations qu'ils possèdent concernant son état de santé et à les communiquer à notre médecin conseil.

Les dispositions nécessaires doivent être prises afin que les médecins que nous mandatons soient en mesure d'examiner l'assuré en Belgique en tout temps et puissent ainsi remplir toutes les missions que nous jugerons nécessaires dans un délai de 30 jours à compter de notre notification.

Si les obligations précitées ne sont pas respectées, les prestations ne seront dues que pour autant que l'incapacité passée puisse encore être prouvée. Nous déclinerons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

Article 12 : Sanctions en cas de non-respect des obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit

12.1. Lors de la souscription du contrat

Si le preneur ou l'assuré ne déclarent pas toutes les circonstances qui leur sont connues et qu'il est raisonnable de considérer comme constituant des éléments d'appréciation du risque, les dispositions des articles 59 et 60 de la loi relative aux assurances du 04/04/2014 seront d'application, sous réserve de l'application de l'article 205 de la loi relative aux assurances du 04/04/2014 en ce qui concerne les contrats d'assurance qui ne sont pas liés à une activité professionnelle. Les articles 59 et 60 de la loi relative aux assurances du 04/04/2014 seront également applicables en cas de manquement aux obligations de l'assuré.

12.2. Au cours du contrat

En cas de non-respect de l'obligation visée à l'art. 11.2, nous nous réservons expressément le droit de résilier le contrat ou d'en modifier les conditions.

Si nous prouvons que nous n'aurions, en aucun cas, assuré le risque aggravé, nous pourrons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons connaissance de la circonstance nouvelle visée à l'art. 11.2.
Si nous prouvons que nous n'aurions consenti à couvrir le risque qu'à d'autres conditions, nous proposerons, dans le délai de 30 jours à compter du jour où nous avons eu connaissance de la circonstance nouvelle visée à l'art. 11.2, la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de cette circonstance nouvelle. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur ou si au terme d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

En cas de sinistre survenant avant que la modification ou la résiliation ait pris effet, les dispositions de l'art. 81 de la loi relative aux assurances du 04/04/2014 seront d'application.

12.3. En cas de sinistre

Si le preneur ou l'assuré ne nous ont pas informés, dans le délai fixé au point 11.3, de tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner une incapacité quel qu'en soit le degré ou s'ils ne fournissent pas sans retard les renseignements et documents demandés aux mêmes articles et qu'il en résulte pour nous un préjudice, nous réduirons nos prestations à concurrence de ce préjudice. Nous déclinerons toute garantie si le manquement aux obligations a été fait avec une intention frauduleuse.

Article 13 : Comment fixe-t-on l'incapacité ? Expertise médicale

Sur la base des renseignements fournis, nous jugeons de la réalité, de la durée et du taux de l'incapacité et nous notifions notre décision à l'assuré.

La détermination du taux d'incapacité est indépendante de toute décision émanant de la mutualité de l'assuré ou de tout autre organisme.

En cas d'incapacités successives survenant en cours de contrat, le taux d'incapacité de travail sera déterminé en tenant compte des différentes causes d'incapacité et de la diminution de la capacité de travail qui existe déjà au moment où se produit la nouvelle incapacité.

Notre décision est considérée comme acceptée sauf si l'assuré nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification.

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré et l'autre par nous.

Faute d'arriver à un accord, les médecins experts choisissent un troisième médecin expert. Les trois experts statueront en commun mais, à défaut d'unanimité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile du preneur d'assurance, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié entre les parties. Les experts sont dispensés de toutes formalités. Leur décision est souveraine et irrévocable.

Article 14 : Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?

Toute *aggravation** ou amélioration ainsi que toute cessation de l'incapacité doivent nous être signalées dans un délai de 30 jours. En cas d'omission, toute somme indûment payée par nous devra nous être restituée.

Toutes les dispositions des articles 11 et 12 sont applicables à ces cas.

Article 15 : Remise en vigueur

Le preneur d'assurance a la faculté, pendant les 6 mois suivant la résiliation du contrat en application de l'article 11, de le remettre en vigueur moyennant paiement des arriérés de primes.

Nous nous réservons le droit de subordonner ladite remise en vigueur à l'acceptation d'une nouvelle proposition d'assurance ainsi qu'au résultat favorable d'un examen médical de l'assuré.

Article 16 : Adaptation des conditions d'assurance et de prime

Nous nous réservons le droit d'adapter les conditions d'assurance et/ou les bases tarifaires pendant toute la durée du contrat. Cela comprend respectivement une modification des conditions de couverture et/ou une modification du tarif et/ou une indexation de la prime, conformément aux possibilités et aux modalités prévues dans :

- la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ;
- l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurance ;
- toutes les normes juridiques à venir qui, soit élargissent, abrogent et/ou remplacent les lois et l'arrêté royal mentionnés ci-dessus, soit prévoient des possibilités et des modalités similaires pour adapter les conditions d'assurance et/ou les bases tarifaires.

Article 17 : Modification des données / changement de domicile

En cas de changement d'adresse du preneur ou de l'assuré ou d'autres données personnelles détenues par nous les concernant, le preneur ou l'assuré doivent nous en informer immédiatement par écrit via leur intermédiaire ou par d'autres canaux appropriés. À défaut, toutes les communications et notifications seront valablement envoyées à l'adresse et avec les données reprises dans les conditions particulières ou qui nous ont été communiquées en dernier lieu par le preneur ou l'assuré, par leur intermédiaire ou par un organisme public.

Article 18 : Communication

18.1. Demande de la part du preneur ou de l'assuré

Lorsque le preneur ou l'assuré nous adressent une « demande », conformément aux présentes conditions générales, celle-ci doit être effectuée via un document daté et signé contenant toutes les informations nécessaires ou via tout autre moyen mis à disposition à cet effet qui garantissent leur identité et ce, éventuellement dans un environnement numérique sécurisé que nous (ou leur intermédiaire) mettons à disposition.

Le preneur et l'assuré peuvent contacter leur intermédiaire pour plus d'informations.

Tous les délais qui prennent cours à la date de réception de la demande sont réputés prendre cours à la date de réception de la demande à notre siège social.

18.2. Information de la part du preneur ou de l'assuré

Si le preneur ou l'assuré souhaitent nous communiquer une information dans ou en dehors du cadre des présentes conditions générales, ils peuvent nous contacter ou contacter leur intermédiaire et ce, par écrit ou dans un environnement numérique sécurisé que nous (ou leur intermédiaire) mettons à disposition.

18.3. Communication de notre part

Nous nous réservons le droit de fournir au preneur ou à l'assuré des informations sur le contrat et de communiquer avec eux de la manière la plus appropriée et conformément aux accords conclus à cet égard.

Article 19 : Résiliation du contrat

19.1. Résiliation par le preneur

Le preneur peut résilier le contrat chaque année soit à la date anniversaire de la prise de cours de l'assurance, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime.

La résiliation doit se faire par envoi recommandé, par exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé à notre siège social indiquant clairement le numéro de police et ce, au plus tard 2 mois avant la date fixée à l'alinéa précédent.

Lorsque la vente se réalise à distance au sens du Code de droit économique, le preneur a le droit de résilier le contrat dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du jour où le preneur reçoit les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires, si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

19.2. Résiliation de notre part

Lorsque la vente se réalise à distance au sens du Code de droit économique, nous avons le droit de résilier le contrat dans un délai de 14 jours à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du jour où le preneur reçoit les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires, si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

La résiliation prend effet 8 jours après avoir été portée à la connaissance du preneur.

Article 20 : Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

20.1. Droit à la poursuite individuelle

Tout assuré à une assurance liée à l'activité professionnelle couvrant le risque d'incapacité dispose du droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'il en perd le bénéfice, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical. Ce droit à la poursuite individuelle n'est pas reconnu à l'assuré qui perd le bénéfice du *contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle** couvrant le risque incapacité pour l'une des raisons visées aux articles 59, 60, 69, 71 et 79 de la loi relative aux assurances du 04/04/2014 et, de manière générale, en cas de fraude.

20.2. Conditions

Ce droit ne peut toutefois être exercé que si l'assuré, durant les deux années précédant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle qui est poursuivie, a été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances.

20.3. Obligation d'information à charge du preneur d'assurance

Dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle, le preneur d'assurance doit communiquer à l'assuré, par écrit ou par voie électronique, le moment précis de cette perte, la possibilité de poursuivre cette convention à titre individuel, nos coordonnées ainsi que le délai dans lequel il peut exercer son droit à la poursuite individuelle.

Article 21 : Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Par la souscription de ce contrat, le preneur d'assurance s'engage à informer l'assuré de la possibilité qu'il a de payer une prime complémentaire. Immédiatement après la conclusion de ce contrat, le preneur d'assurance est tenu de transmettre cette information à l'assuré.

Article 22 : Responsabilité contractuelle et extracontractuelle

En cas de litige ayant un lien quelconque avec ce contrat, chaque partie disposera d'un recours exclusivement contractuel et uniquement à l'encontre de l'autre partie, à l'exclusion des auxiliaires de l'autre partie, dans les limites de la loi. Les auxiliaires peuvent invoquer cette disposition.

Article 23 : Services connexes liés au bien-être et à la santé

Dans le cadre de ce contrat et en complément des garanties reprises dans les conditions particulières, nous sommes libres de proposer à l'assuré, en cours de contrat, de notre propre initiative et sans engagement de notre part, l'accès à des services connexes liés au bien-être et à la santé en collaboration avec des partenaires externes. Le preneur d'assurance prend les mesures nécessaires afin d'informer l'assuré de l'existence des services connexes proposés par l'assureur.

L'accès à ces services n'est en aucun cas garanti et n'est pas automatique. Les détails concernant tout service éventuellement proposé ainsi que les conditions y liées, feront l'objet d'une communication séparée au moment opportun en fonction du type de service concerné.

Dans tous les cas, tout service éventuellement proposé ne comportera aucun caractère obligatoire et ne sera effectif que moyennant accord préalable de l'assuré.

Article 24 : Demande d'informations et plaintes

Pour toute question concernant ce contrat, le preneur peut prendre contact avec son agence BNP Paribas Fortis ou son intermédiaire. Ils fourniront volontiers des informations ou chercheront avec lui une solution.

Vous pouvez communiquer avec votre assureur en français et en néerlandais. Tous les documents contractuels sont disponibles en français et en néerlandais.

Si le preneur a une plainte en ce qui concerne les services de BNP Paribas Fortis, il peut s'adresser au service Gestion des Plaintes de BNP Paribas Fortis SA, Montagne du Parc 3 à 1000 Bruxelles ou par e-mail : gestiondesplaintes@bnpparibasfortis.com.

Pour toutes autres plaintes concernant le contrat, le preneur peut la transmettre à AG, Service de Gestion des Plaintes, Bd. E. Jacqmain 53 à 1000 Bruxelles (Tél. : +32 664 02 00) ou par e-mail : customercomplaints@aginsurance.be.

Si la solution proposée par BNP Paribas Fortis ou par AG ne lui donne pas satisfaction, le preneur peut adresser une plainte à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be ou par e-mail : info@ombudsman-insurance.be.

Une plainte n'enlève pas la possibilité au preneur d'intenter une action en justice.

Article 25 : Droit applicable, tribunaux compétents et autorités de contrôle

25.1. Droit applicable et tribunaux compétents

Le contrat est soumis au droit belge et notamment à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, à l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie et au Code de droit économique. Tous les litiges relatifs à ce contrat sont exclusivement du ressort des tribunaux belges.

25.2. « Autorités de contrôle »

AG est soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles et au contrôle de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles en matière de protection des investisseurs et des consommateurs.

Clause Privacy

Produit d'assurance proposé par BNP PARIBAS FORTIS

Les données à caractère personnel en lien avec un contrat d'assurance souscrit auprès de BNP Paribas Fortis peuvent être traitées par AG Insurance SA (ci-après dénommé « AG »), ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 en tant que responsable du traitement et/ou par BNP Paribas Fortis SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Rue Montagne du Parc 3 (ci-après « BNP Paribas Fortis ») en tant que responsable du traitement lorsqu'elle agit pour ses finalités propres ou sous-traitant pour AG.

1. En ce qui concerne les données traitées par AG

Lorsque AG est responsable du traitement des données à caractère personnel, ce dernier se réalise en conformité avec le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, de même qu'à la Notice Vie Privée d'AG (disponible sur le site web www.ag.be).

Pour quelles finalités vos données personnelles sont-elles traitées ?

Ces données sont traitées par AG en particulier pour :

- la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle commune aux deux entités, et ce sur base de l'exécution du contrat ;
- réaliser toute finalité imposée à AG par une disposition légale, réglementaire ou administrative, et ce sur base de cette disposition ;
- l'analyse des données, l'établissement de statistiques, de modèles et de profils, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques d'AG, la sécurité des biens et des personnes, l'optimalisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection ainsi que, le cas échéant, le profilage et la prise de décisions sur base d'un profil pour les finalités mentionnées ci-avant, et ce sur base de l'intérêt légitime d'AG.

Dans certains cas, vos données peuvent également être traitées avec votre consentement.

Avec qui vos données personnelles sont potentiellement partagées ?

Ces données pourront être communiquées le cas échéant à votre intermédiaire d'assurance (BNP Paribas Fortis), d'autres entreprises d'assurances intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à des bureaux de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique ou à un sous-traitant de AG. Les données peuvent également être communiquées à toute personne ou instance dans le cadre d'une obligation imposée par la loi ou une décision judiciaire ou administrative.

Les données peuvent-elles être transmises en dehors de l'espace économique européen ?

AG est susceptible de transmettre vos données en dehors de l'Espace économique européen (EEE), dans un pays qui n'assure pas un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG renforce davantage la sécurité informatique et exige contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

Délais de conservation

Les données traitées sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

Quels sont vos droits en lien avec les données personnelles que vous avez transmises ?

Dans les limites fixées par la règlementation :

- vous avez le droit de prendre connaissance de vos données, le cas échéant, de les faire rectifier, et d'en demander la communication à des tiers ;
- vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données ou de retirer votre consentement, le droit de demander la limitation du traitement de celles-ci ainsi que le droit à leur effacement. Dans ces cas, AG pourrait se trouver dans l'impossibilité de poursuivre la relation contractuelle.

Vous pouvez exercer vos droits au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'un document d'identification ou d'un autre moyen d'identification à envoyer par courrier à AG, Data Protection Officer, Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles, ou par e-mail : AG_DPO@aginsurance.be. Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations peuvent être obtenues à la même adresse ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG sur le site web www.ag.be.

2. En ce qui concerne les données traitées par BNP Paribas Fortis

Les données à caractère personnel sont également traitées par BNP Paribas Fortis SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Rue Montagne du Parc 3, en tant que responsable du traitement pour ses finalités propres ou en tant que sous-traitant agissant en tant qu'intermédiaire d'assurances pour AG. BNP Paribas Fortis SA traite les données à caractère personnel conformément à sa Déclaration Vie Privée, disponible sur www.bnpparibasfortis.be ainsi que dans toutes ses agences, et dont vous avez déjà connaissance.

Ainsi qu'indiqué au sein de la Déclaration Vie Privée, vous pouvez exercer vos droits qui y sont listés en nous contactant via les canaux suivants :

1. Easy Banking Web ou Easy Banking App
2. En agence ou à l'Easy Banking Center
3. Portail client

ou en nous envoyant une lettre à BNP Paribas Fortis SA - Data Protection and Privacy Office – 1MA4B, Montagne du Parc 3, 1000 Bruxelles, ou un e-mail à l'adresse suivante privacy@bnpparibasfortis.com. Veuillez inclure une copie/scan de votre carte d'identité pour que nous puissions vérifier votre identité.