

Conditions générales

SOMMAIRE

Chapitre I : Généralités	3
Article 1 : Définitions	3
Chapitre II : Objet et étendue des garanties	4
Article 2 : Garanties contractuelles	4
Article 3 : Champ d'application	5
Article 4 : Perte de la qualité d'assuré	5
Article 5 : Exclusions	5
Article 6 : Extensions facultatives	6
Article 7 : Sports	6
Article 8 : Garantie spéciale pour frais de traitement	6
Chapitre III : Gestion du contrat	6
Article 9 : Prise d'effet et durée	6
Article 10 : Fin du contrat	7
Article 11 : Changement de preneur d'assurance	7
Article 12 : Non-occupation de personnel	7
Article 13 : Résiliation	7
Article 14 : Description et modifications du risque	8
Article 15 : Déchéance des droits - suspension des garanties	9
Article 16 : Suspension du contrat de travail	10
Article 17 : Primes	10
Chapitre IV : Gestion des accidents	12
Article 18 : Déclaration d'accident	12
Article 19 : Procédures	13
Article 20 : Expertise médicale	14

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

Article 21 : Prévention des accidents et contrôle	14
Article 22 : Service de médiation	15

Chapitre VI : Indemnités par type de garantie _____ 15

Article 23 : Indemnités	15
Article 24 : Indemnisation en assurance collective type Loi	16
Article 25 : Indemnisations des assurances collectives de type multiplicateur	20
Article 26 : Indemnités assurance collective formule forfaitaire	23

CHAPITRE I : GÉNÉRALITÉS

Article 1 : Définitions

Qu'entend-on par :

Accident :

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

Assuré(s) :

Toute personne occupée par le preneur d'assurance, qui appartient à l'un ou l'autre siège d'exploitation, qui appartient aux catégories visées ou qui exerce une fonction identique ou similaire à celles décrites dans le contrat et dont la rémunération au moment de l'accident correspond aux conditions d'indemnisation fixées par le contrat. S'il s'agit d'un indépendant : la personne désignée nominativement au contrat en cette qualité.

Bénéficiaire/ayant droit :

La personne ayant droit à une indemnisation en vertu du contrat.

Compagnie :

La Compagnie d'assurances avec laquelle le contrat a été conclu, en l'occurrence « Allianz Benelux SA ».

Consolidation :

Moment où il est médicalement constaté que l'état médical de la victime n'évoluera plus et a atteint un degré de permanence.

Délai de carence :

Le délai, stipulé dans le contrat, qui doit s'écouler avant que le droit à l'indemnisation ne soit ouvert.

Événement soudain :

Tout fait qui se produit à un moment limité dans le temps et en un endroit précis.

FPI :

Formation Professionnelle Individuelle.

Franchise anglaise :

Le pourcentage d'invalidité permanente au moins à atteindre pour pouvoir bénéficier d'une indemnité. Une fois ce pourcentage atteint, l'invalidité permanente est intégralement prise en charge.

Invalidité :

Signifie soit invalidité soit incapacité selon ce qui est prévu dans les conditions particulières.

Loi :

Loi du 10 avril 1971 relative aux accidents du travail ou aux accidents survenus sur le chemin du travail, telle qu'elle est en vigueur au moment de l'accident. Loi du 25 juin 1992 : ou, loi sur les assurances terrestres telle qu'elle est d'application au moment de l'accident.

Manifestations :

Activités sociales, culturelles et/ou sportives organisées par le preneur d'assurance et ne faisant pas partie des activités assurées de l'employeur.

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

Maximum légal :

Plafond salarial légal comme défini dans le cadre de l'assurance accidents du travail, tel qu'il est d'application au moment de l'accident.

Preneur d'assurance :

La partie qui signe le contrat.

Rémunération :

Le salaire annuel brut de l'assuré, perçu au service du preneur d'assurance.

Rémunération conventionnelle :

La rémunération préalablement fixée par voie contractuelle.

Rémunération annuelle réelle :

Rémunération effectivement versée par l'employeur, toujours sous déduction d'une éventuelle indemnisation à charge d'un organisme de sécurité sociale ou d'une assurance privée.

Vie privée :

Le temps qui s'écoule en dehors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées.

Vie privée à l'étranger :

Le temps qui s'écoule en dehors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées lorsque l'assuré séjourne à l'étranger à la demande du preneur d'assurance. La garantie prend effet à 0 heure le jour du départ et prend fin lors du retour au domicile privé de l'assuré.

Vie professionnelle :

Le temps consacré aux activités au service du preneur d'assurance ou, dans le cas d'un indépendant, le temps consacré par l'assuré à l'entreprise visée au contrat, en ce compris les déplacements entre le domicile et le lieu de travail.

CHAPITRE II : OBJET ET ÉTENDUE DES GARANTIES

Article 2 : Garanties contractuelles

La garantie du contrat d'assurance prend effet aux date et heure fixées dans les conditions particulières. En aucun cas, la garantie ne peut être accordée avec effet rétroactif.

2.1. En cas d'application de la Loi

Si cette garantie est prévue au contrat, la Compagnie garantit aux membres du personnel désignés, dont les rémunérations sont supérieures au plafond légal, le paiement d'une indemnité complémentaire visée à l'article 26.5 ou à l'article 27.3 en cas d'accident tombant sous le coup de la Loi et pour autant que l'indemnité soit due en vertu de la Loi.

2.2. En cas de non-application de la Loi

A. Vie privée travailleurs

Si cette garantie est prévue au contrat, la Compagnie garantit aux travailleurs désignés, le paiement d'une indemnité complémentaire visée à l'article 26.6.1 ou à l'article 27.4.1 en cas d'accident survenu dans le cadre de la vie privée.

B. Indépendants 24h/24

Si cette garantie est prévue au contrat, la Compagnie garantit aux assurés désignés nominativement, le paiement d'une indemnité visée à l'article 26.6.2 ou à l'article 27.4.2 en cas d'accident survenu dans le cadre la vie professionnelle ou de la vie privée.

C. Formation professionnelle individuelle, bénévoles, stagiaires statutaires

Si cette garantie est prévue au contrat, la Compagnie garantit aux personnes assurées, le paiement d'une indemnité visée selon le cas, à l'article 26.6.3.1, 26.6.3.2, 26.6.3.3, 27.4.3.1. ou 28.4, en cas d'accident survenu dans le cadre de la vie professionnelle.

D. Manifestation

L'indemnité applicable est définie, selon le cas, à l'article 26.6.3.4, 27.4.3.2. ou 28.3, uniquement en cas d'accident survenu dans le cadre de l'activité assurée.

Article 3 : Champ d'application

Les prestations sont garanties dans le monde entier pour autant que le bénéficiaire ou l'ayant droit ait son lieu de résidence habituel en Belgique. Le présent contrat n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

Article 4 : Perte de la qualité d'assuré

Pour tout assuré, l'assurance prend fin sans autre formalité :

- Lorsque la personne n'exerce plus d'activité professionnelle ;
- Lorsque l'Assuré a atteint l'âge de 70 ans. Le contrat d'assurance peut toutefois être prolongé jusqu'à l'âge de 75 ans, à condition de produire préalablement et annuellement un certificat médical approuvé par la Compagnie. Dans ce cas de prolongation, les indemnités sont réduites de moitié pour les accidents survenus après l'âge de 70 ans.

Article 5 : Exclusions

Ne sont pas couverts les accidents qui résultent directement ou indirectement :

- d'une modification du noyau atomique, de la radioactivité, de l'émission de rayonnements ionisants de quelque nature qu'ils soient, de l'émission de produits toxiques de matières fissibles ou de substances nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs ;
- de la conduite d'un véhicule à deux roues pouvant dépasser la vitesse de 40 km/h sur voie carrossable. (Dans le cadre des articles 26.5, 26.6.3.1, 26.6.3.3 et 27.3, ce risque est toutefois automatiquement couvert) ;
- de la consommation d'alcool avec un taux d'alcoolémie supérieur à 1,5 g/l de sang, de la consommation de stupéfiants ou produits similaires, sauf s'il est établi que ces circonstances n'ont aucun lien avec l'accident ;
- de paris, défis ou participation à des actes notoirement périlleux ou téméraires ;
- d'agissements intentionnels du preneur d'assurance, de la victime ou des ayants droit ;
- de tremblements de terre ou autres catastrophes naturelles, sauf s'il est établi qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre ces événements et le sinistre ;
- la participation à des troubles de tous genres tels que grèves, actes de terrorisme, émeutes, attentats, actes de violence à caractère collectif, politique ou idéologique, sabotage ou agressions ;
- de guerres ou faits de même nature et de guerres civiles sauf lorsque la victime séjournant à l'étranger est surprise par l'éclatement des hostilités et se retrouve victime d'un accident dans un délai de 15 jours après le début des hostilités, pour autant qu'elle n'y ait pas pris part activement ;

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

- de maladies ou infirmités (notamment infarctus, stress, épilepsie, diabète, troubles psychiques, délire alcoolique) ;
- de cas de suicide, tentative de suicide ;
- des enlèvements ou demande de rançon.

Article 6 : Extensions facultatives

Moyennant l'accord exprès de la Compagnie et éventuelles surprimes, les accidents liés aux faits suivants peuvent être couverts :

- la conduite d'un véhicule à deux roues pouvant dépasser la vitesse de 40 km/h sur voie carrossable ;
- le séjour dans des pays où le risque de guerre est présent.

Article 7 : Sports

Les accidents liés à la pratique d'un sport sont, en général, couverts. Les activités sportives suivantes sont toutefois exclues :

- la pratique d'un sport en tant que professionnel ou amateur rémunéré ;
- la pratique de sports de combat et de défense ;
- le pilotage d'aéronefs et la pratique de sports aériens (tels que parachutisme, vol à voile, ULM, vol en montgolfière, deltaplane, parapente, DPM, benji, base jumping...);
- les courses cyclistes ainsi que tous les sports motorisés, ainsi que la préparation à ces courses ;
- les courses hippiques, y compris le jumping ;
- le canyoning, la spéléologie, l'alpinisme, le saut à ski, le bobsleigh, la luge, le rafting.

Certaines de ces activités sportives peuvent néanmoins être assurées moyennant surprime et accord de la Compagnie.

Article 8 : Garantie spéciale pour frais de traitement

Moyennant surprime et mention dans le contrat, la Compagnie rembourse les frais de traitement dans les limites du montant assuré, à concurrence de la différence entre les frais réels exposés pour les coûts médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, premières prothèses, et orthopédie d'une part, et les sommes normalement imputables à la sécurité sociale ou à l'organisme assureur des accidents du travail d'autre part et ce, pendant maximum 3 ans à compter du jour de l'accident. Le montant assuré évolue en fonction de l'évolution du maximum légal. Le montant de l'intervention de la Compagnie est, quelle que soit la prestation, limité à maximum une fois le barème de l'assurance maladie et invalidité (A.M.I.).

CHAPITRE III : GESTION DU CONTRAT

Article 9 : Prise d'effet et durée

Le contrat d'assurance prend effet aux dates et heure fixées dans le contrat. En aucun cas, la garantie ne peut être accordée avec effet rétroactif. Le contrat conclu pour une durée d'un an est reconduit à l'échéance par tacite reconduction sauf si l'une des parties résilie le contrat, par un courrier recommandé adressé à l'autre partie, envoyé trois mois au moins avant l'échéance de la période en cours. La durée du contrat doit, le cas échéant, être prolongée de la période qui sépare la date d'effet du contrat du 1^{ère} janvier de l'année qui suit.

Article 10 : Fin du contrat

Le contrat s'achève de plein droit :

- à la date de cessation définitive des activités du risque assuré ;
- à la date à laquelle la Compagnie cesse d'être agréée.

Article 11 : Changement de preneur d'assurance

- En cas de transmission de l'intérêt assuré, à la suite du décès du preneur d'assurance, les droits et obligations nés du contrat d'assurance sont transmis au nouveau titulaire de cet intérêt. Toutefois, le nouveau titulaire de l'intérêt assuré et la Compagnie peuvent notifier la résiliation du contrat, le premier, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois et quarante jours du décès, le second, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois du jour où il a eu connaissance du décès.
- En cas de faillite du preneur d'assurance, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers la Compagnie du montant des primes à échoir à partir de la déclaration de faillite.
- En cas de maintien de l'activité, mais avec transformation de la personne physique en personne morale, indépendamment de la forme juridique ou pour toute raison autre que celles visées aux points 1 et 2, le preneur d'assurance, ou ses héritiers ou ayants droit s'engagent à faire continuer le contrat par leurs successeurs.

En cas de non-respect de cette obligation, la Compagnie peut, indépendamment des primes échues, exiger du preneur d'assurance ou de ses héritiers ou ayants droit, une indemnité de résiliation d'un montant égal à la dernière prime annuelle. Le contrat expire alors à la date de cette transformation ou de cette reprise. La Compagnie peut néanmoins refuser le transfert du contrat et le résilier.

Dans ce cas, la Compagnie doit assurer la garantie du contrat actuel jusqu'à l'expiration d'un délai de 45 jours qui commence à courir le jour où la lettre recommandée de résiliation adressée par la Compagnie au preneur d'assurance est remise à la poste. La Compagnie garde alors le droit aux primes échues ou à celles correspondant aux périodes couvertes.

Article 12 : Non-occupation de personnel

Lorsqu'un preneur d'assurance vient à ne plus employer de personnes assujetties à la Loi, il doit en aviser sans délai la Compagnie en précisant la date à laquelle prend fin l'activité desdites personnes. Dans ce cas, le contrat d'assurance est résilié par la Compagnie par lettre recommandée à la date à laquelle elle en a connaissance, mais au plus tôt à la date à laquelle le preneur d'assurance n'occupe plus de personnel. Les éventuelles autres garanties sont maintenues. Si, avant l'expiration de la période d'assurance à compter de la date de la résiliation, le preneur d'assurance engage à nouveau du personnel assujetti à la Loi, il a l'obligation de conclure un nouveau contrat auprès de cette même Compagnie pour une période au moins égale à la période qui restait à courir. La Compagnie n'assure pas les travailleurs assujettis à la Loi remis en activité avant la conclusion du nouveau contrat prévu à l'alinéa précédent.

Article 13 : Résiliation

13.1. La compagnie peut résilier le contrat

- a. pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 9 ;
- b. en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle dans la communication des données relatives à la description du risque lors de la conclusion du contrat, tel que visé à l'article 14.1 ;
- c. en cas de modification du risque, conformément à l'article 14.2 ;

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

- d. en cas de non-paiement de la prime, conformément à l'article 17.3 ;
- e. après une déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement des indemnités. La résiliation n'est effective qu'après l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation ;
- f. en cas de refus de contrôle, conformément à l'article 17.4 ;
- g. en l'absence de déclaration des rémunérations par le preneur d'assurance, conformément à l'article 17.2.2.2 ;
- h. en cas de défaut de prévention, conformément à l'article 21 ;
- i. en cas de déclaration de sinistre non conforme aux conditions de l'article 18 ;
- j. en cas de non-occupation de personnel, conformément à l'article 12 ;
- k. dans tous les cas de changement de preneur d'assurance, conformément à l'article 11 ;
- l. en cas de faillite du preneur d'assurance. Cette résiliation ne peut toutefois intervenir que trois mois au plus tôt après la déclaration de faillite ;
- m. en cas de fraude : Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la Compagnie entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance mais fait aussi également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du code pénal ;
- n. dans les cas où la Compagnie peut exercer le recours prévu à l'article 19.

13.2. Le preneur d'assurance peut résilier le contrat

- a. pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 9 ;
- b. en cas de modification des conditions d'assurance ou du tarif, conformément à l'article 17.5 ;
- c. en cas de faillite ou de mise sous concordat judiciaire de la compagnie ;
- d. en cas de diminution du risque, si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord, conformément à l'article 14.2.1.

13.3. Modalités de résiliation

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception. Sous réserve des cas visés aux articles 14.1, 14.2.2.a. alinéa 4, aux articles 9, 11, 13.l.e, 17.3. et 17.5, la résiliation devient effective à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la notification ou de la date de l'accusé de réception ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

Article 14 : Description et modifications du risque

14.1. Description du risque

Le Preneur d'assurance a l'obligation de communiquer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la Compagnie des éléments d'appréciation du risque. Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induit la Compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont dues.

Lorsque la Compagnie constate une omission ou une inexactitude non intentionnelle dans la déclaration, elle propose, dans un délai d'un mois à compter du jour où elle en a eu connaissance, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de cette omission ou inexactitude. Si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le même délai. Si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la Compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours. La Compagnie qui n'a pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, ne peut se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus. Cependant, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au Preneur d'assurance, la Compagnie peut limiter ses prestations à concurrence du rapport entre la prime payée et la

prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en compte. Si lors d'un sinistre, la Compagnie apporte la preuve qu'en aucun cas, elle n'aurait assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, la Compagnie limite sa prestation au remboursement de la totalité des primes payées. Si le Preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, la Compagnie peut refuser sa garantie. Dans ce cas, les primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a eu connaissance de la fraude, lui sont, en outre, dues à titre de dommages et intérêts.

14.2. Modification du risque

14.2.1 Diminution du risque

Lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'accident a diminué d'une façon sensible et durable au point que si cette diminution avait existé au moment de la souscription du contrat, la Compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci est tenue d'accorder une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque. Si les parties ne parviennent pas à un accord sur la nouvelle prime dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution formée par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

14.2.2 Aggravation du risque

- a. Le Preneur d'assurance a l'obligation de déclarer en cours de contrat, dans les conditions visées à l'article 14.1 des conditions générales, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'accident. Lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'accident s'est aggravé de telle sorte que si l'aggravation avait existé au moment de la conclusion du contrat, la Compagnie n'aurait pas consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle doit, dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation. Si la Compagnie apporte la preuve qu'en aucun cas, elle n'aurait assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le même délai. Si la proposition de modification du contrat d'assurance est refusée par le Preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la Compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours. La Compagnie 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 de l'aggravation du risque.
- b. Si un accident survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et si le Preneur d'assurance a rempli l'obligation de déclaration visée à l'article 14.2.2.a, la Compagnie est tenue d'allouer les prestations prévues au contrat.
- c. Si un accident survient et que le Preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée à l'article 14.2.2.a, la Compagnie n'allouera sa prestation que sur la base du rapport entre la prime payée et la prime que le Preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en compte. Lorsque le défaut de déclaration ne peut être reproché au Preneur d'assurance, la Compagnie est tenue d'allouer la prestation prévue au contrat. Cependant, si la Compagnie apporte la preuve qu'en aucun cas, elle n'aurait assuré le risque aggravé, sa prestation dans le cadre du sinistre est limitée au remboursement de la totalité des primes payées. Si le Preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, la Compagnie refusera sa garantie. Les primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.

Article 15 : Déchéance des droits - suspension des garanties

Les cas de déchéance des droits ou de suspension des garanties prévus dans les conditions générales et dans les conditions particulières sont également opposables aux bénéficiaires.

Article 16 : Suspension du contrat de travail

La couverture est suspendue de plein droit envers les assurés dont l'exécution du contrat de travail est suspendue. Les bénéficiaires continueront toutefois à bénéficier de la couverture de l'assurance dans tous les cas où le preneur d'assurance continue à accorder aux assurés leurs rémunérations réelles pendant la période de suspension de l'exécution de leur contrat de travail, et ce conformément aux dispositions légales ou contractuelles écrites, générales ou individuelles, en vigueur avant la date du sinistre. S'il s'agit d'une suspension pour cause de prestations militaires, le maintien de la couverture n'est possible qu'en temps de paix. Les accidents inhérents aux activités militaires proprement dites sont toujours exclus. Les interventions prévues aux paragraphes 2 et 3 du présent article s'appliquent conformément aux conditions de l'article 25.2.2.

Article 17 : Primes

17.1. Paiement

La prime est quérable. L'envoi d'un avis d'échéance ou d'une demande de paiement équivaut à la présentation de la quittance. À défaut d'être fait directement à la Compagnie, est libératoire le paiement de la prime fait au producteur d'assurance porteur de la quittance établie par la Compagnie ou qui a servi d'intermédiaire dans le cadre de la conclusion ou de l'exécution du contrat. Les primes sont augmentées de tous impôts ou taxes établis ou à établir sous une dénomination quelconque par quelque autorité que ce soit.

17.2. Calcul de la prime

Les primes peuvent être :

17.2.1

Forfaitaires, c'est-à-dire fixées à la conclusion du contrat et payables par anticipation à l'échéance mentionnée dans le contrat. Si la rémunération annuelle prévue au contrat est indexée selon l'évolution du maximum légal, la prime forfaitaire suit la même évolution.

17.2.2

Régularisables, c'est-à-dire fixées en fonction des données variables concernant la période d'assurance considérée. Par données variables, il convient d'entendre les données relatives à la rémunération ou tout autre élément visé au contrat. La rémunération individuelle par membre du personnel ne peut en aucun cas être inférieure à la rémunération mensuelle moyenne minimum garantie. Pour les personnes employées avec une convention de stage, d'apprentissage ou d'expérience, rémunérée ou non, le législateur oblige la compagnie d'assurance à indemniser ces personnes conformément aux règles prévues par la loi sur les accidents du travail du 10.04.1971, plus précisément la loi du 21/12/2018 (BS 17/01/2019) contenant diverses dispositions relatives aux affaires sociales, « petits statuts » (articles 2 et suivants), à partir du 01/01/2020. La prime pour ces personnes sera calculée sur le salaire de base forfaitaire déterminé par cette législation.

En l'occurrence, les dispositions applicables sont les suivantes :

17.2.2.1. le preneur d'assurance verse une avance payable sur une base annuelle, semestrielle ou trimestrielle, en déduction de la prime définitive calculée à la fin de l'exercice comptable. À la conclusion du contrat, le montant de l'avance est égal au montant estimé de la première prime annuelle, il est ensuite adapté au fil des décomptes, l'objectif étant que l'avance se rapproche le plus possible de la prime définitive ;

17.2.2.2. À la fin de chaque période d'assurance :

- le preneur d'assurance ou son mandataire transmet à la Compagnie les informations nécessaires au calcul de la prime en renvoyant, dans les deux mois, le formulaire de déclaration qui lui a été envoyé à cet effet, dûment complété ;

- la Compagnie établit le décompte après déduction des éventuelles avances ;
- le non-renvoi du formulaire de déclaration nécessaire au calcul de la prime, dans les 15 jours qui suivent l'envoi recommandé d'un rappel par la Compagnie, entraîne l'établissement d'un décompte d'office sur la base des chiffres de la déclaration précédente ou, s'il s'agit d'un premier décompte, des chiffres communiqués à la conclusion du contrat, dans les deux cas majorés de 51 %. Ce décompte d'office se fera sans préjudice du droit de la Compagnie d'exiger la déclaration ou de requérir le paiement sur la base des rémunérations réelles afin de régulariser le compte du preneur d'assurance. À défaut pour le Preneur d'assurance de respecter cette obligation, la Compagnie pourra mettre fin au contrat dans les conditions visées à l'article 13 ;

17.2.2.3. Les particularités suivantes sont applicables en matière de déclaration de la rémunération réelle :

Les sommes attribuées aux ouvriers à titre de pécule de vacances ne doivent pas être mentionnées sur la déclaration de rémunération visée à l'article 17.2.2.2. La Compagnie leur substitue le pourcentage visé par la législation en matière de vacances annuelles. Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes constitutives du salaire au sens de la Loi sont, le cas échéant, déclarées sous forme de pourcentage.

17.3. Non-paiement de la prime

17.3.1

Le non-paiement de la prime à l'échéance entraîne la suspension des garanties ou la résiliation du contrat, après mise en demeure du preneur d'assurance.

17.3.2

La mise en demeure est faite soit par exploit d'huissier de justice, soit par lettre recommandée à la poste. Elle comporte une sommation de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain de la notification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

17.3.3

La suspension des garanties ou la résiliation du contrat ne devient effective qu'à l'expiration du délai de 15 jours visé à l'article 17.3.2. ci-dessus.

17.3.4

Les garanties suspendues seront remises en vigueur après le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts. Lorsque la Compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure envoyée au preneur d'assurance. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si la Compagnie ne s'est pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation, conformément à l'article 17.3.2.

17.3.5

La suspension des garanties ne porte pas atteinte au droit de la Compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance, à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, conformément à l'article 17.3. Le droit de la Compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

17.3.6

L'envoi recommandé d'un rappel rend les intérêts de retard exigibles, de plein droit et sans mise en demeure, à dater du 31^{ème} jour suivant la date d'établissement de la quittance. Les intérêts de retard sont calculés au taux d'intérêt légal. La Compagnie se réserve le droit d'exiger le remboursement de tous les frais consentis en vue d'obtenir le paiement des primes.

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

17.4. Contrôle

La Compagnie a le droit de contrôler le risque, les déclarations servant de base au calcul de la prime, les déclarations en cas de sinistre de même que l'évolution et leurs conséquences. Dans les cas où les déclarations de rémunérations comporteraient des inexactitudes, la Compagnie a le droit de réduire ses prestations à concurrence du préjudice subi, dans la mesure où les inexactitudes contenues dans la déclaration lui portent préjudice. À défaut pour le preneur d'assurance de respecter ces obligations, la Compagnie pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 13.

17.5. Modification des conditions d'assurance ou du tarif

Si la Compagnie modifie les conditions d'assurance ou augmente son tarif, elle adapte le contrat à l'échéance annuelle suivante. Elle informe le preneur d'assurance de cette modification ou augmentation avant l'échéance. Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de la notification de la modification ou augmentation. Du fait de cette résiliation, le contrat prend fin à l'échéance annuelle à laquelle a lieu la modification ou augmentation. Du fait de cette résiliation, le contrat prend fin à l'échéance annuelle à laquelle a lieu la modification ou l'augmentation à condition qu'un délai d'au moins trois mois sépare la notification de l'augmentation ou de la modification, de cette échéance. À défaut de ce délai de trois mois, les effets du contrat se prolongent, au-delà de l'échéance annuelle, pendant le temps nécessaire pour parfaire le délai de trois mois. La faculté de résiliation prévue au deuxième alinéa n'existe pas lorsque la modification des conditions d'assurance résulte d'une disposition légale ou réglementaire.

17.6. Statut fiscal de la prime d'assurance « incapacité de travail collective »

17.6.1 Déductibilité de la prime

Le présent contrat a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue par conséquent un engagement collectif tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4^{ème} 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 de décès ou d'incapacité de travail par suite d'un accident du travail ou d'un accident.

CHAPITRE IV : GESTION DES ACCIDENTS

Article 18 : Déclaration d'accident

18.1. Délai de déclaration

La déclaration est faite par écrit à la Compagnie par le preneur d'assurance dans le délai de 10 jours à compter de la survenance de l'accident, ou dans un délai de 24 heures à compter du décès consécutif à l'accident.

18.2. Retard de déclaration du droit à l'indemnisation

La déchéance du droit à l'indemnisation ne sera pas appliquée si la déclaration est faite dans l'année de la survenance et si le preneur d'assurance établit qu'il lui était impossible de faire la déclaration dans les délais du paragraphe précédent.

18.3. Forme de la déclaration

La déclaration est faite par écrit soit au moyen du formulaire de déclaration en usage en accident du travail pour les contrats excédent Loi, stagiaires, FPI, soit au moyen du document transmis par la Compagnie lors de la conclusion du contrat pour les couvertures 24hrs/24, vie privée et divers. La déclaration sera précise et circonstanciée.

18.4. Attestation médicale

Une attestation médicale qui décrit la nature des lésions et qui établit les conséquences de l'accident sera jointe à la déclaration ou transmise dans les plus brefs délais à la Compagnie.

18.5. Renseignements demandés par la Compagnie

Le preneur d'assurance, la victime ou les ayants droit sont tenus de fournir sans retard à la Compagnie tous les renseignements utiles et de répondre à toute demande qui leur est faite pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

18.6. Preuves des éléments du sinistre

Sauf dans les cas d'application de la Loi, il appartient à la victime ou à ses ayants droit d'apporter la preuve de l'accident, tel que prévu aux définitions de l'article 1^{ière}, en établissant le lien de cause à effet entre l'événement soudain et les lésions corporelles.

Article 19 : Procédures

19.1. Subrogation

19.1.1 Subrogation légale

La Compagnie est subrogée, conformément à l'article 41 de la loi du 25 juin 1992 sur les assurances terrestres dans tous les droits et créances des victimes et de leurs ayants droit à l'égard du responsable de l'accident ou de l'assureur de celui-ci, qu'il s'agisse de responsabilité de droit commun ou d'un autre type.

19.1.2 Limitation de la subrogation

Pour les contrats de type excédent Loi, ou couvrant les stagiaires ou FPI, le droit de subrogation est limité aux champs d'application des articles 46 et 47 de la Loi du 10 avril 1971.

19.1.3 Recours contre les familiers

Sauf en cas de malveillance, la Compagnie n'a aucun recours contre les descendants, ascendants, conjoints et alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer et les membres de son personnel domestique. Toutefois, la Compagnie peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

19.2. Conduite de litige

19.2.1 Gestion de litige

La gestion des accidents et la conduite des litiges en rapport avec l'accident relèvent exclusivement des compétences de la Compagnie. Le preneur d'assurance s'abstient de toute reconnaissance de responsabilité, de tout paiement, ou de toute promesse de paiement vis à vis de la victime ou des tiers.

19.2.2 Transaction

À condition que la Compagnie ait donné préalablement accord écrit, le preneur d'assurance peut passer compromis avec un tiers responsable. À défaut d'accord préalable, les arrangements, initiatives et transactions passés par le preneur d'assurance ne sont pas opposables à la Compagnie.

19.2.3 Procédure judiciaire et extrajudiciaire

Dès l'instant où le preneur d'assurance est poursuivi en justice, il est tenu d'en avertir la Compagnie. Celle-ci n'est pas tenue de suivre la procédure judiciaire. Dès citation, notification ou simple transmission, le preneur d'assurance transmet copie à la Compagnie de tout acte judiciaire ou extrajudiciaire en rapport avec l'accident. En cas d'omission, le preneur d'assurance est tenu d'indemniser la Compagnie du dommage que cette dernière a encouru.

Article 20 : Expertise médicale

20.1. Expertises médicales

Les causes du décès ainsi que les causes, la durée d'incapacité et le pourcentage d'invalidité sont établis, soit de commun accord entre parties, soit, à défaut d'accord, par expertise selon la procédure décrite ci-dessous. En cas de décès du bénéficiaire, les ayants droit fourniront au médecin conseil de la Compagnie l'autorisation écrite de prendre connaissance du dossier médical du défunt.

20.2. Conséquences directes de l'accident

Les indemnisations versées par la Compagnie sont exclusivement fixées sur base des conséquences directes de l'accident. Lorsque les lésions causées par l'accident ont atteint un organe ou un membre dont la fonction est déjà limitée, la Compagnie indemnise la perte fonctionnelle en déduisant l'invalidité préexistante.

20.3. Evaluation de l'invalidité permanente

Suivant ce qui est arrêté entre les parties, le taux d'invalidité est évalué soit selon l'évaluation socio-économique telle que pratiquée dans le cadre de la Loi, soit selon l'évaluation physiologique sur base du Barème Officiel Belge des Invalidités (BOBI). Pour ce dernier mode d'évaluation, la profession de la victime n'est pas prise en considération. Si, au moment de la consolidation, l'assuré est en incapacité temporaire, en aucun cas, le taux de l'incapacité temporaire n'est d'office égal au taux d'invalidité permanente.

20.4. Procédure d'évaluation

En cas de divergence d'opinion à propos d'un élément médical, chaque partie désigne un médecin conseil qui la représentera au cours d'une expertise contradictoire. Si nécessaire en cas de désaccord, ces deux médecins désignent un troisième médecin conseil afin de former un collège qui rendra avis en tenant compte des conditions du contrat. Si les médecins des parties ne parviennent à s'accorder sur le choix du troisième médecin conseil, ce dernier sera désigné par le président du tribunal de première instance du domicile de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paie les honoraires de son médecin et la moitié des honoraires du troisième médecin conseil. Les trois experts statuent en collège. À défaut d'accord, l'avis du troisième expert est prépondérant.

Article 21 : Prévention des accidents et contrôle

Le preneur d'assurance s'engage à prendre toutes les mesures adéquates à l'effet de prévenir les accidents, à tout le moins celles prévues par les dispositions réglementaires et contractuelles sur le bien-être au travail. Les conseillers en prévention de la Compagnie ont un droit d'accès permanent à l'entreprise assurée ou sur les chantiers de celles-ci, en vue de s'assurer de l'application des dispositions prescrites. Si le preneur d'assurance refuse d'apporter les améliorations qui seraient prescrites suite à un état de chose reconnu défectueux selon les dispositions légales ou contractuelles, ou s'il n'observe pas les règles générales en matière de sécurité, la Compagnie pourra résilier le contrat aux conditions de l'article 13.

Article 22 : Service de médiation

Tout problème en rapport avec le contrat peut être exposé à la Compagnie par le preneur d'assurance ou toute autre personne qui y a intérêt. Si le preneur d'assurance estime qu'il n'a pas obtenu de solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, ou à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (C.B.F.A.), sans préjudice de la possibilité de saisir la justice.

CHAPITRE VI : INDEMNITÉS PAR TYPE DE GARANTIE

Article 23 : Indemnités

23.1. Principes généraux

23.1.1 Cumul d'indemnités

L'indemnité journalière pour incapacité temporaire est allouée sans préjudice des indemnités dues en cas de décès ou d'invalidité permanente. Un même accident ne peut entraîner le cumul des indemnités dues en cas de décès ou d'invalidité permanente.

23.1.2 Indemnité d'invalidité permanente et de décès

Si le décès survient après consolidation mais avant signature de la quittance transactionnelle, seul le capital décès est dû. Si le décès survient après signature de la quittance transactionnelle du capital d'invalidité permanente, ce capital reste acquis aux ayants droit et remplace le capital décès qui n'est pas dû.

23.1.3 Caractère libératoire du versement des indemnités

La remise à la Compagnie de la quittance transactionnelle fixe définitivement les droits et obligations des parties. Le versement du capital qui en découle est définitivement libératoire et met un terme, sauf application article 26.1.3., à d'éventuelles revendications ultérieures.

23.1.4 Indemnité d'incapacité temporaire

La rémunération servant de base au calcul des montants dus par la Compagnie en cas de sinistre est celle allouée pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident. En vue d'un règlement rapide et précis, les indemnités relatives à des interruptions de travail de moins de 30 jours seront calculées sur la base d'une rémunération de base simplifiée, tel qu'il est d'application en vertu de la Loi. L'intervention éventuelle pour le premier mois sera toujours payée au preneur d'assurance.

23.1.5

La Compagnie fixera les indemnités selon les modalités de règlement en vigueur au moment de l'accident.

23.1.6

Lorsqu'il s'agit d'un accident régi par la Loi et engendrant une incapacité temporaire ou permanente ou le décès, la rémunération prise en considération est égale à la partie comprise entre le maximum dû par la Loi et le maximum prévu au contrat. L'intervention de la Compagnie est, en tous les cas, limitée à la rémunération annuelle réelle, déduction faite du maximum légal applicable à ce moment-là.

23.1.7 Taux d'intérêt

Le taux d'intérêt applicable sur les indemnités est le taux central de la Banque Centrale Européenne (BCE), tel qu'il est d'application au moment de la décision de paiement des intérêts.

23.2. Principes d'indemnisation lorsque la Loi n'est pas d'application

23.2.1 Frais de traitement

Si, dans le cadre des frais de traitement, l'option choisie est le forfait, ce montant évolue proportionnellement à l'évolution du maximum légal à condition que le plafond contractuel soit indexé. Les indemnités, en ce compris des frais de première prothèse, des frais d'orthopédie et des frais de déplacement, sont limitées à un montant forfaitaire, tel que prévu au contrat.

23.2.2 Cumul avec d'autres indemnités

- a. Dans les cas de décès et d'invalidité permanente, les montants garantis sont cumulés aux prestations auxquelles l'assuré peut avoir droit en vertu de la législation sur la sécurité sociale ;
- b. Les indemnités pour incapacité temporaire ne sont pas cumulées aux prestations auxquelles l'assuré peut avoir droit en vertu de la législation précitée. Les montants normalement à charge de cette législation sont, par conséquent, déduits de l'intervention de la Compagnie ;
- c. En ce qui concerne le remboursement des frais de traitement en vertu de la législation sur la sécurité sociale, de la législation sur les maladies professionnelles, de la Loi, ou en vertu d'autres contrats d'assurance, tels que assurances accidents personnels - RC familiale - ou assurances de groupe, les montants normalement à charge des allocations visées sont déduits de l'intervention de la Compagnie.

23.2.3

En cas d'accident, les frais supplémentaires d'hôtel et de rapatriement de la victime qui sont justifiés pour raisons médicales, sont couverts, ainsi que les frais de rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique. L'intervention totale de la Compagnie est limitée à 10 % du maximum légal.

Article 24 : Indemnisation en assurance collective type Loi

24.1. Loi du 10 avril 1971 : applications et exclusions

24.1.1

Les indemnités allouées par la Compagnie sont dues aux mêmes conditions que les indemnités imposées à l'assureur Loi par la Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, sauf dispositions contraires ci-après.

24.1.2

Les dispositions de l'arrêté royal n 530 du 31 mars 1987 (M.B. du 16.04.1987) et de ses arrêtés d'exécution ne sont pas d'application.

24.1.3

Si les conditions particulières prévoient un délai de révision de 3 ans, l'invalidité permanente sera réglée sur la base d'une régularisation.

24.1.4

Dans ce cas, il est procédé à un examen de consolidation dans les trois ans au maximum de la survenance de l'accident. La consolidation donne droit à la victime au versement de 50 % du capital calculé sur base des éléments suivants :

- la rémunération au moment de l'accident telle que définie dans le contrat ;
- le taux d'invalidité permanente tel que fixé au moment de l'examen de consolidation ;
- le coefficient barémique de versement de capitaux payables aux victimes et ayants droit tel qu'il est d'application dans la Loi.

24.1.5

Si le preneur d'assurance a opté pour l'application du délai de révision, ce délai de révision de 3 ans court à partir du lendemain de la réception de la quittance transactionnelle partielle signée.

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

24.1.6

Au 6^{ème} mois précédant la fin du délai de révision, il est organisé à la demande de l'une des parties un examen de révision médicale de la consolidation qui fixe de manière définitive le taux. Au terme de cet examen de révision, le solde du capital est versé à la victime en tenant compte des éléments suivants :

- la rémunération au moment de l'accident telle que définie dans le contrat ;
- le taux d'invalidité permanente tel que fixé au moment de l'examen de révision ;
- le coefficient barémique de versement des capitaux payables aux victimes et aux ayants droit tel qu'il est d'application dans la Loi ;
- déduction faite de la part déjà précédemment versée suite à la consolidation.

24.1.7

Le solde du capital, éventuellement adapté au taux fixé lors de la révision est régularisé et versé à la victime dans les 2 mois à compter de la fin du délai de révision. Le solde du capital des invalidités permanentes de plus de 10 % est indexé à un taux fixé dans les conditions particulières, de la date de la consolidation à la date de fin du délai de 3 ans.

24.1.8

Si, durant le délai de révision, la victime venait à décéder des suites de l'accident ou pour une autre cause, l'éventuelle différence positive entre le capital décès qui aurait été versé en cas de décès immédiat et les 50 % du capital versé au moment de la consolidation sont dus aux ayants droit de la victime.

24.1.9

Sauf erreur matérielle, les sommes versées au terme de l'examen de consolidation et au terme de l'examen de révision sont définitivement acquises à l'assuré. Si la différence de taux entre les deux examens devait faire apparaître que la somme versée au terme de l'examen de consolidation est supérieure à la somme totale qui aurait dû être versée au terme de l'examen de révision, la différence reste acquise à l'assuré.

24.2. Exclusion de l'aide de la tierce personne

Les dispositions de l'article 24, alinéa 4, de la Loi, relatives à l'assistance d'une tierce personne ne sont pas d'application.

24.3. Remplacement de la rente par un capital

Dans tous les cas, la rente est remplacée par un capital payable à l'ordre de la victime ou de ses ayants droit ou bénéficiaires. Le capital est fixé selon le barème prévu par la Loi pour les capitaux payables aux victimes et aux ayants droit.

24.4. Caractère définitif du paiement

Du fait de la signature du document de confirmation du capital d'invalidité permanente, la Compagnie renonce à toute action en révision en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré et les bénéficiaires ou ayants droit renoncent à toute action en révision en cas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ou de décès.

24.5. Indemnités contractuelles des assujettis à la Loi pour les accidents survenus dans le cadre de la vie professionnelle : excédent

24.5.1 Décès

L'indemnisation en cas de décès est due lorsque la victime décède des suites de l'accident dans un délai de trois ans à compter du jour de la survenance de l'accident. L'ordre de succession des ayants droit ou bénéficiaires est le suivant :

- a. le conjoint non divorcé ni séparé de corps de la victime, conformément aux dispositions de la Loi ;
- b. les enfants de la victime, conformément aux dispositions de la Loi ;
- c. en l'absence des personnes visées aux points a. et b. les parents de la victime, conformément aux dispositions de la Loi ;

- d. en l'absence des personnes visées aux points a. b. et c. les frères et sœurs de la victime, conformément aux dispositions de la Loi ;
- e. l'ayant droit désigné nominativement dans les conditions particulières, uniquement à défaut d'ayant droit tel que visé au point a. En présence d'ayants droit visés au point b. les indemnités sont allouées tant aux ayants droit visés au point b. qu'à celui visé au point e.

Dans le cas d'un ayant droit désigné nominativement dans les conditions particulières, l'ordre des ayants droit indiqué avant le point e n'est pas d'application. Dans tous les cas, l'indemnité due à l'ayant droit désigné nominativement est limitée à celle prévue au point a. En cas de prédécès de l'ayant droit désigné nominativement, ou en cas de décès simultané du bénéficiaire et de cet ayant droit, l'ordre des ayants droit tel qu'indiqué ci-dessus est à nouveau d'application.

24.5.2 Invalidité permanente

Le degré d'invalidité permanente est fixé au moment de la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident, selon le degré d'invalidité fixé en Loi, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

24.5.3 Incapacité temporaire

Sauf disposition contraire, l'indemnité journalière due en cas d'incapacité temporaire totale de la victime est égale à 90 % de 1/365^e de la rémunération annuelle assurée à partir du premier jour qui suit l'expiration du délai de carence et jusqu'à la date de la consolidation, mais au plus tard jusqu'à la date correspondant à l'expiration de la période d'indemnisation prévue au contrat à partir du jour de l'accident. Si l'incapacité temporaire est ou devient partielle, l'indemnité est réduite proportionnellement au degré de capacité.

24.5.4 Frais de traitement

Sauf disposition contractuelle contraire et déduction faite du montant payé en vertu de la Loi, aucune couverture n'est accordée pour les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, ni pour les frais de première prothèse et d'orthopédie.

24.6. Indemnités contractuelles en cas de non-assujettissement à la Loi

24.6.1 Vie privée

24.6.1.1. La rémunération annuelle à prendre en considération est égale à la rémunération réelle limitée au montant maximum visé au contrat ;

24.6.1.2. Décès

L'article 26.5.1 s'applique sans réserve. Lorsque la victime ne laisse aucun ayant droit, tel que défini ci-dessus, la Compagnie rembourse les frais funéraires attestés à la personne qui les a payés, sans que ce remboursement puisse excéder 10 % du maximum légal. Les indemnités versées dans le cadre de l'intervention de l'INAMI sont déduites de l'intervention de la Compagnie ;

24.6.1.3. Invalidité permanente

Le degré d'invalidité permanente est fixé dès la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident sur la base du barème officiel belge d'invalidité (B.O.B.I.), sauf disposition contraire dans les conditions particulières ;

24.6.1.4. Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est calculée sur la base des dispositions de l'article 26.5.3 ;

24.6.1.5. Frais de traitement

Sauf disposition contractuelle contraire, l'intervention de la Compagnie dans le cadre des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident, est égale à 1 fois l'intervention de l'INAMI. Les frais de première prothèse et d'orthopédie exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident sont également couverts. Le remboursement de ces frais est calculé comme si la Loi était d'application. Les frais de déplacement pour raisons médicales sont remboursés conformément à la Loi. L'intervention a lieu après communication des dates et du nombre de kilomètres parcourus et est limitée à 2 % du maximum légal.

24.6.2 Indépendants 24h/24

- 24.6.2.1. La rémunération annuelle à prendre en considération est égale à la rémunération conventionnelle fixée au contrat ;
- 24.6.2.2. Décès
L'article 26.6.1.2. s'applique intégralement ;
- 24.6.2.3. Invalidité permanente
Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 26.6.1.3, compte tenu d'une franchise anglaise de 5 %, sauf disposition contraire dans les conditions particulières. Dans les cas où l'IP à la consolidation est inférieure à la franchise anglaise, l'IP n'est pas due. L'éventuelle révision stipulée dans les conditions particulières n'est pas d'application ;
- 24.6.2.4. Incapacité temporaire
L'indemnité journalière est calculée sur la base des dispositions de l'article 26.5.3. La Compagnie n'intervient toutefois pas pour les incapacités temporaires d'un degré inférieur ou égal à 50 % ;
- 24.6.2.5. Frais de traitement
Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 26.6.1.5. Les indemnités éventuellement perçues par la victime dans le cadre de l'intervention « petits risques » de l'INAMI, sont déduites de l'intervention de la Compagnie. La Compagnie retient, en tous les cas, pour le calcul de son intervention, l'indemnité prévue par la législation belge, y compris celle des « petits risques » de l'INAMI.

24.6.3 Risques spéciaux

- 24.6.3.1. FPI (Formation professionnelle individuelle)
Le contrat de formation, établi par l'Office national de l'emploi (ONEM), est conclu entre le FOREM (ou ORBEM), le chômeur et l'entreprise qui dispense la formation professionnelle. Sa durée est fixée par le FOREM (ou ORBEM) et stipulée dans le contrat. Les indemnités sont analogues à celles prévues par la Loi ; l'article 25.1.6 n'est pas d'application. La rémunération annuelle définie sur une base conventionnelle n'est pas indexée. Les indemnités allouées dans le cadre de l'incapacité temporaire ne sont dues qu'à concurrence de la rémunération payée par l'employeur ;
- 24.6.3.2. Bénévoles
La rémunération annuelle à prendre en considération est égale à la rémunération conventionnelle visée au contrat. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est exclu de la garantie. Toutes les personnes vivant sous le même toit que le preneur d'assurance, à l'inclusion des enfants à charge ne vivant pas sous le même toit, sont exclues de la garantie. Les indépendants peuvent être assurés en tant que bénévoles, mais uniquement pour les activités étrangères à leurs activités professionnelles ;
- 24.6.3.2.1. Décès
L'article 26.6.1.2. s'applique intégralement ;
- 24.6.3.2.2. Invalidité permanente
L'indemnité est calculée sur la base des dispositions de l'article 26.6.1.3 ;
- 24.6.3.2.3. Incapacité temporaire
L'indemnité journalière est calculée sur la base des dispositions de l'article 26.5.3, mais n'est due qu'en cas de perte de rémunération réelle subie dans le cadre d'une autre fonction ;
- 24.6.3.2.4. Frais de traitement
Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 26.6.1.5 ;
- 24.6.3.3. Stagiaires statutaires
La rémunération annuelle à prendre en considération est, en l'occurrence, égale à la rémunération conventionnelle non indexée visée au contrat. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est couvert ;
- 24.6.3.3.1. Décès
L'article 26.6.1.2. s'applique intégralement ;
- 24.6.3.3.2. Invalidité permanente
L'indemnité est calculée sur la base des dispositions de l'article 26.5.2 ;

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

24.6.3.3.3. Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est calculée sur la base des dispositions de l'article 26.5.3, mais est limitée à la rémunération payée par l'employeur ;

24.6.3.3.4. Frais de traitement

Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 26.6.1.5 ;

24.6.3.4. Manifestations

24.6.3.4.1. L'extension du contrat pour une manifestation est possible pour les membres du personnel et les tiers. Les indemnités sont alors basées sur une rémunération conventionnelle non indexée prévue au contrat et calculées conformément aux dispositions des articles 26.6.1.2. à 26.6.1.4. En ce qui concerne les frais de traitement, sauf disposition contractuelle contraire, l'intervention de la Compagnie dans le cadre des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident, est limitée à un montant forfaitaire, tel que stipulé au contrat. Les frais de première prothèse et d'orthopédie exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident sont également couverts. Le remboursement de ces frais est calculé comme si la Loi était d'application. Les frais de déplacement pour raisons médicales sont remboursés conformément à la Loi. L'intervention a lieu après communication des dates et du nombre de kilomètres parcourus et est limitée à 2 % du maximum légal.

24.6.3.4.2. L'extension dans le cadre d'un contrat annuel n'est possible que pour les membres du personnel. Les indemnités sont basées sur une rémunération conventionnelle prévue au contrat et calculées conformément aux dispositions de l'article 26.6.3.4.1.

24.6.3.4.3. Pour les deux extensions (manifestations ponctuelles et annuelles) :

- l'indemnité pour incapacité temporaire n'est due qu'en cas de perte de rémunération réelle ;
- sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est exclu de la garantie ;
- une liste nominative des participants doit impérativement être communiquée au préalable.

Article 25 : Indemnisations des assurances collectives de type multiplicateur

25.1. Restrictions du champ d'application de la Loi

25.1.1

Les dispositions de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 (M.B. du 16.04.1987) et de ses arrêtés d'exécution ne sont pas d'application.

25.1.2

Les dispositions de l'article 24, alinéa 4, de la Loi, relatives à l'assistance d'une tierce personne ne sont pas d'application.

25.1.3

Du fait de la signature du document de confirmation du capital d'invalidité permanente, la Compagnie renonce à toute action en révision en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré et les bénéficiaires ou ayants droit renoncent à toute action en révision en cas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ou de décès.

25.2. Délai de paiement

Les délais de paiement sont ceux prévus par la Loi.

25.3. Indemnités contractuelles des assujettis à la Loi pour les accidents survenus dans le cadre de la vie professionnelle : excédent

25.3.1 Décès

L'indemnisation en cas de décès est due lorsque la victime décède des suites de l'accident dans un délai de trois ans à compter du jour de la survenance de l'accident. L'ordre de succession des ayants droit ou bénéficiaires est le suivant

- a. le conjoint non divorcé ni séparé de corps de la victime ;
- b. en l'absence de conjoint, les enfants de la victime : les enfants sont des ayants droit à condition de toujours bénéficier d'allocations familiales et de ne pas être âgés de plus de 25 ans.
- c. en l'absence des personnes visées aux points a. et b. les parents de la victime ;
- d. en l'absence des personnes visées aux points a. b. et c. les frères et sœurs de la victime ;
- e. les ayants droit désignés nominativement dans les conditions particulières, uniquement en l'absence d'ayants droit visés au point a. ou b. ci-dessus.

Dans le cas d'un ayant droit désigné nominativement dans les conditions particulières, l'ordre des ayants droit indiqué avant le point e. n'est pas d'application. Dans tous les cas, l'indemnité due à l'ayant droit désigné nominativement est limitée à celle prévue au point a. En cas de prédécès de l'ayant droit désigné nominativement, ou en cas de décès simultané du bénéficiaire et de cet ayant droit, l'ordre des ayants droit tel qu'indiqué ci-dessus est à nouveau d'application. À l'ayant droit défini au point a. ou e. ci-dessus, la Compagnie paie un montant égal à la rémunération annuelle fois un multiplicateur, conformément aux dispositions contractuelles. Les ayants droit définis au point b. se partagent le montant calculé comme indiqué ci-dessus, conformément aux dispositions contractuelles. Les ayants droit définis au point c. ou d. se partagent au maximum une fois la rémunération annuelle et il est, en outre, indispensable qu'ils tirent un avantage direct et principal de la rémunération de la victime.

25.3.2 Invalidité permanente

Le degré d'invalidité permanente est fixé dès la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident selon le degré d'invalidité pris en considération par la Loi, sauf disposition contraire dans les conditions particulières. La Compagnie paie, pour une invalidité totale, un montant égal à la rémunération annuelle fois un multiplicateur, conformément aux dispositions contractuelles. Si l'invalidité permanente est partielle, l'indemnité est réduite proportionnellement au degré de capacité.

25.3.3 Incapacité temporaire

L'indemnité quotidienne due en cas d'incapacité temporaire totale de la victime est égale, sauf disposition contractuelle contraire, à 90 % de 1/365^e de la rémunération annuelle assurée à partir du premier jour qui suit l'expiration du délai de carence jusqu'à la date de la consolidation, mais au plus tard jusqu'à la date correspondant à l'expiration de la période d'indemnisation prévue au contrat à partir du jour de l'accident. Si l'incapacité temporaire est ou devient partielle, l'indemnité est réduite proportionnellement au degré de capacité.

25.3.4 Frais de traitement

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières et déduction faite du montant payé en vertu de la Loi, aucune garantie n'est accordée pour les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, ni pour les frais de première prothèse et d'orthopédie.

25.4. Indemnités contractuelles des non-assujettis à la Loi

25.4.1 Vie privée

25.4.1.1. La rémunération annuelle à prendre en considération est égale à la rémunération réelle limitée au montant maximum stipulé dans le contrat.

25.4.1.2. Décès

L'article 27.3.1 s'applique sans réserve. Lorsque la victime ne laisse aucun ayant droit, tel que défini ci-dessus, la Compagnie rembourse les frais funéraires attestés à la personne qui les a payés, sans que ce remboursement puisse excéder un montant maximum de 10 % du maximum légal. Les indemnités versées dans le cadre de

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

l'intervention de l'INAMI sont déduites de l'intervention de la Compagnie.

25.4.1.3. Invalidité permanente

Le degré d'invalidité permanente est fixé dès la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident sur la base du Barème Officiel Belge d'invalidité (B.O.B.I.), sauf disposition contraire dans les conditions particulières. La Compagnie paie, pour une invalidité totale, un montant égal à la rémunération annuelle fois un multiplicateur, conformément aux dispositions contractuelles. Si l'invalidité permanente est partielle, l'indemnité est réduite proportionnellement au degré de capacité.

25.4.1.4. Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est calculée sur la base des dispositions de l'article 27.3.3.

25.4.1.5. Frais de traitement

Sauf disposition contractuelle contraire, l'intervention de la Compagnie dans le cadre des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident, est égale à 1 fois l'intervention de l'INAMI. Les frais de première prothèse et d'orthopédie exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident sont également couverts. Le remboursement de ces frais est calculé comme si la Loi était d'application. Les frais de déplacement pour raisons médicales sont remboursés conformément à la Loi. L'intervention a lieu après communication des dates et du nombre de kilomètres parcourus et est limitée à 2 % du maximum légal.

25.4.2 Indépendants 24h/24

25.4.2.1. La rémunération annuelle à prendre en considération est égale à la rémunération conventionnelle fixée au contrat.

25.4.2.2. Décès

L'article 27.4.1.2. s'applique intégralement.

25.4.2.3. Invalidité permanente

Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 27.4.1.3, avec une franchise anglaise de 5 %, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

25.4.2.4. Incapacité temporaire

L'indemnité quotidienne est calculée sur la base des dispositions de l'article 27.3.3. La Compagnie n'intervient toutefois pas pour les incapacités temporaires d'un degré inférieure ou égal à 50 %.

25.4.2.5. Frais de traitement

Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 27.4.1.5. Les indemnités perçues par la victime dans le cadre de l'intervention « petits risques » de l'INAMI, sont déduites de l'intervention de la Compagnie. La Compagnie retient, en tous les cas, pour le calcul de son intervention, l'indemnité prévue par la législation belge, y compris celle des « petits risques » de l'INAMI.

25.4.3 Risques spéciaux

25.4.3.1. Bénévoles

La rémunération annuelle à prendre en considération est égale à la rémunération conventionnelle stipulée au contrat. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est exclu de la garantie. Toutes les personnes vivant sous le même toit que le preneur d'assurance, à l'inclusion des enfants à charge ne vivant pas sous le même toit, sont exclues de la garantie. Les indépendants peuvent être assurés en tant que bénévoles, mais uniquement pour les activités étrangères à leurs activités professionnelles.

25.4.3.1.1. Décès

L'article 27.4.1.2. s'applique intégralement.

25.4.3.1.2. Invalidité permanente

L'indemnité est calculée sur la base des dispositions de l'article 27.4.1.3.

25.4.3.1.3. Incapacité temporaire

L'indemnité journalière est calculée sur la base des dispositions de l'article 27.3.3, mais n'est due qu'en cas de perte de rémunération réelle provenant d'une autre fonction. Si la rémunération réelle est inférieure à la rémunération conventionnelle, l'indemnisation est limitée à la rémunération réelle.

25.4.3.1.4. Frais de traitement

Les indemnités sont calculées sur la base des dispositions de l'article 27.4.1.5.

25.4.3.2. Manifestations

25.4.3.2.1. L'extension du contrat pour une manifestation ponctuelle est possible pour les membres du personnel et les tiers. Les indemnités sont alors basées sur une rémunération conventionnelle non indexée prévue au contrat et calculées conformément aux dispositions des articles 27.4.1.2. à 27.4.1.4.inclus. En ce qui concerne les frais de traitement, et sauf disposition contractuelle contraire, l'intervention de la Compagnie dans le cadre des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident, est limitée à un montant forfaitaire, tel que stipulé au contrat. Les frais de première prothèse et d'orthopédie exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident sont également couverts. Le remboursement de ces frais est calculé comme si la Loi était d'application. Les frais de déplacement pour raisons médicales sont remboursés conformément à la Loi. L'intervention a lieu après communication des dates et du nombre de kilomètres parcourus et est limitée à 2 % du maximum légal.

25.4.3.2.2. L'extension dans le cadre d'un contrat annuel n'est possible que pour les membres du personnel. Les indemnités sont basées sur une rémunération conventionnelle prévue au contrat et calculées conformément aux dispositions de l'article 27.4.3.2.1.

25.4.3.2.3. Pour les deux extensions (manifestations ponctuelles et annuelles) :

- l'indemnité pour incapacité temporaire n'est due qu'en cas de perte de rémunération réelle ;
- sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est exclu de la garantie ;
- une liste nominative des participants doit impérativement être communiquée au préalable.

Article 26 : Indemnités assurance collective formule forfaitaire

26.1. Restrictions en matière d'application de la Loi

26.1.1

Les dispositions de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 (M.B. du 16.04.1987) et de ses arrêtés d'exécution ne sont pas d'application.

26.1.2

Les dispositions de l'article 24, alinéa 4, de la Loi, relatives à l'assistance d'une tierce personne ne sont pas d'application.

26.1.3

Du fait de la signature du document de confirmation du capital d'invalidité permanente, la Compagnie renonce à toute action. en révision en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré et les bénéficiaires ou ayants droit renoncent à toute action en révision en cas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré ou de décès.

26.2. Délai de paiement

Les délais de paiement sont ceux prévu par la Loi.

26.3. Manifestations

26.3.1

L'extension du contrat pour une manifestation ponctuelle est possible pour les membres du personnel et les tiers. L'extension dans le cadre d'un contrat annuel n'est possible que pour les membres du personnel. La garantie est prévue sur la base d'une liste nominative préalablement déposée. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est exclu de la garantie.

26.3.2 Décès

La prestation en cas de décès est due lorsque la victime décède des suites de l'accident dans un délai de trois ans à compter du jour de survenance de l'accident. L'ordre de succession des ayants droit ou bénéficiaires est le suivant

- a. le conjoint non divorcé ni séparé de corps de la victime ;
- b. en l'absence de conjoint, les enfants de la victime les enfants sont des ayants droit à condition de toujours bénéficier d'allocations familiales et de ne pas être âgés de plus de 25 ans ;
- c. en l'absence des personnes visées aux points a. et b. les parents de la victime ;
- d. en l'absence des personnes visées aux points a. b. et c., les frères et sœurs de la victime ;
- e. les ayants droit désignés nominativement dans les conditions particulières, uniquement en l'absence d'ayants droit visés au point a. ou b. ci-dessus.

Dans le cas d'un ayant droit désigné nominativement dans les conditions particulières, l'ordre des ayants droit indiqué avant le point e. n'est pas d'application. Dans tous les cas, l'indemnité due à l'ayant droit désigné nominativement est limitée à celle prévue au point a. En cas de prédécès de l'ayant droit désigné nominativement, ou en cas de décès simultané du bénéficiaire et de cet ayant droit, l'ordre des ayants droit tel qu'indiqué ci-dessus est à nouveau d'application. À l'ayant droit défini au point a. ou e. ci-dessus, la Compagnie paie le montant stipulé dans le contrat. Les ayants droit définis au point b, c ou d. se partagent le montant stipulé dans le contrat. Les ayants droit définis au point c. ou d. doivent obligatoirement tirer un avantage direct de la rémunération de la victime. Lorsque la victime ne laisse aucun ayant droit, tel que défini ci-dessus, la Compagnie rembourse les frais funéraires attestés à la personne qui les a payés, sans que ce remboursement puisse excéder un montant maximum de 10 % du maximum légal. Les indemnités versées dans le cadre de l'intervention de l'INAMI sont déduites de l'intervention de la Compagnie.

26.3.3 Invalidité permanente

Le degré d'invalidité permanente est fixé dès la consolidation et au plus tard 3 ans après la date de l'accident sur base du Barème Officiel Belge d'Invalidité (B.O.B.I), sauf disposition contraire dans les conditions particulières. La Compagnie paie, pour une invalidité totale, un montant correspondant au capital prévu au contrat. Si l'invalidité permanente est partielle, l'indemnité est réduite proportionnellement au degré de capacité.

26.3.4 Incapacité temporaire

L'indemnité journalière due en cas d'incapacité temporaire totale de la victime à partir du premier jour qui suit l'expiration du délai de carence jusqu'à la date de la consolidation, mais au plus tard jusqu'à la date correspondant à l'expiration de la période d'indemnisation prévue au contrat à partir du jour de l'accident, est égale au montant stipulé dans le contrat. L'indemnité n'est toutefois due qu'en cas de perte de rémunération réelle provenant d'une autre fonction. Si l'incapacité temporaire est ou devient partielle, l'indemnité est réduite proportionnellement au degré de capacité.

26.3.5 Frais de traitement

Sauf disposition contractuelle contraire, l'intervention de la Compagnie dans le cadre des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident, est limitée à un montant forfaitaire, tel que visé au contrat. Les frais de première prothèse et d'orthopédie exposés dans les trois ans à compter du jour de l'accident sont également couverts. Le remboursement de ces frais est calculé comme si la Loi était d'application. Les frais de déplacement pour raisons médicales sont remboursés conformément à la Loi. L'intervention a lieu après communication des dates et du nombre de kilomètres parcourus et est limitée à 2 % du maximum légal.

26.4. Bénévoles

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le chemin entre le domicile et le lieu de travail est exclu de la garantie. Toutes les personnes vivant sous le même toit que le preneur d'assurance, à l'inclusion des enfants à charge ne vivant pas sous le même toit, sont exclues de la garantie.

26.4.1 Décès

L'article 28.3.2. S'applique intégralement.

26.4.2 Invalidité permanente

L'article 28.3.3. S'applique intégralement.

26.4.3 Incapacité temporaire

L'article 28.3.4. S'applique intégralement. Cependant l'indemnisation n'est toutefois due qu'en cas de perte de rémunération réelle provenant d'une autre fonction. Si la rémunération réelle est inférieure à la rémunération conventionnelle, l'indemnisation est limitée au salaire réel.

26.4.4 Frais de traitement

L'article 28.3.5. s'applique intégralement.

Protection des données personnelles

Remarque préliminaire

Si le contrat d'assurance que vous allez souscrire vous couvre vous-même, nous vous invitons à lire attentivement la présente note d'explication. Si le contrat d'assurance est souscrit au profit d'autres personnes que vous-même (comme les employés ou dirigeants de votre entreprise, un ou plusieurs tiers, ...), les droits et devoirs décrits dans la présente note restent entièrement d'application, sauf en ce qui concerne l'accord sur le traitement des données personnelles de santé. Dans ce cas, seules les personnes au profit desquelles le contrat d'assurance est souscrit peuvent donner leur accord. Si, dans le cadre d'une évaluation d'un risque ou de la gestion d'un sinistre, nous devons collecter des données auprès de ces personnes, elles seront informées de notre politique de gestion des données personnelles. En cas de traitement de données liées à la santé, nous demanderons leur consentement personnel.

Allianz Benelux : qui sommes-nous ?

Allianz Benelux est déjà votre assureur ou a vocation à le devenir pour vous prémunir contre différents risques et pour vous indemniser, le cas échéant. A cet effet, nous sommes obligés de collecter certaines de vos données personnelles pour mener à bien notre rôle d'assureur. La présente note vous explique comment et pourquoi nous utilisons vos données personnelles. Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Nous collectons et traitons vos données personnelles exclusivement pour les objectifs suivants :

- l'évaluation du risque assuré par votre contrat ;
- la gestion de la relation commerciale avec vous, avec votre courtier ou avec des partenaires commerciaux, via Internet et les réseaux sociaux, en ce compris la promotion de nos produits d'assurances, pendant et après la fin de notre relation contractuelle ;
- la gestion de votre police d'assurances ou de vos éventuels sinistres couverts par votre contrat ;
- l'envoi obligatoire d'informations relatives à votre situation d'assurances ;
- la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise ;
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance.

Aucune disposition légale ne vous oblige à nous fournir les données personnelles que nous demandons mais, à défaut de nous les fournir, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance ou vos sinistres.

Pour chaque objectif énuméré ci-dessus, la collecte et le traitement des données sont :

- réalisés conformément à la législation sur la protection des données personnelles ;
- fondés soit sur les législations applicables aux assurances, soit sur votre consentement.

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de compliance (contrôle de conformité) et de l'audit interne. Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire,

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

nous partageons aussi vos données personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs, des experts, des conseillers juridiques et avec les administrations belges ou étrangères (pensions, autorités fiscales belges ou étrangères dans le cadre de nos obligations de reporting FATCA et CRS, sécurité sociale, autorités de contrôle).

Pour des raisons de sécurité, de sauvegarde de vos données ou de gestion de nos applications informatiques, il arrive que nous devions transférer vos données personnelles vers une autre société spécialisée du Groupe Allianz située au sein ou en dehors de l'Union européenne. Pour ces transferts, le Groupe Allianz a établi des règles très contraignantes qui ont été approuvées par les autorités de protection des données personnelles et qu'Allianz Benelux respecte. Ces règles constituent l'engagement pris par le Groupe Allianz et par Allianz Benelux de protéger de façon adéquate le traitement des données personnelles, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

De quels droits disposez-vous à l'égard de vos données personnelles ?

- le droit d'y avoir accès ;
- le droit de les faire rectifier si elles sont inexactes ou incomplètes ;
- le droit de les faire effacer dans certaines circonstances comme, par exemple, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires à l'objectif poursuivi lors de leur collecte et traitement ;
- le droit d'obtenir la limitation de traitement dans certaines circonstances comme par exemple la limitation de l'usage d'une donnée dont vous contestez l'exactitude pendant la période où nous devons la vérifier ;
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente ;
- le droit de vous opposer au traitement ;
- le droit à la portabilité de vos données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir vos données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement ;
- le droit d'obtenir des explications sur les décisions automatisées ;
- le droit de retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Profilage et décision automatisée

En collaboration avec des partenaires externes, nous collectons des données déposées sur les réseaux sociaux en vue d'établir des profils de prospects à qui nous adressons nos promotions commerciales, ces derniers ayant toujours la possibilité de refuser ces promotions. En accord avec les personnes concernées, nous collectons parfois des données de géolocalisation.

Nous donnons parfois accès aux clients ou aux prospects soit à des modules de calcul de prime afin qu'ils puissent comparer les prix et prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous, soit à des modules d'évaluation de leur profil financier afin de leur permettre de déterminer si nos assurances de placement ou d'investissement pourraient les intéresser et le cas échéant, de prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous.

Les clients et prospects sont toujours en droit de nous demander de plus amples explications sur la logique de ces modules ou profilage.

Conservation de vos données personnelles

Nous conserverons vos données personnelles aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des objectifs cités ci-dessus ou aussi longtemps qu'une loi le requiert. La durée de conservation des données contractuelles et de gestion de sinistre se termine à la fin du délai de prescription légal qui suit la clôture du dernier sinistre couvert par le contrat d'assurance. La durée varie donc fortement d'une assurance à l'autre.

Questions, exercices de vos droits et plaintes

Vous pouvez nous adresser vos questions concernant le traitement de vos données personnelles soit par courriel à l'adresse privacy@allianz.be, soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux sa, Service juridique et compliance/ Protection des données, 32, Blvd du Roi Albert II à 1000 Bruxelles, Belgique. Veuillez aussi nous transmettre une copie de votre carte d'identité recto/verso. Nous vous répondrons personnellement. Toute plainte concernant le traitement de vos données personnelles peut être adressée aux adresses postales et de courriels mentionnés ci-dessus ou encore à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be.

ACCIDENTS COLLECTIVES | CONDITIONS GÉNÉRALES

Consentements spécifiques

Traitement de données relatives à la santé

En signant la présente notice, vous marquez expressément votre accord sur le traitement de vos données personnelles relatives à votre santé par le Service médical de notre compagnie et par les personnes dûment autorisées à les traiter lorsque ce traitement est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. A défaut de consentir au traitement de données relatives à la santé, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance si une garantie corporelle ou un sinistre avec dommage à la santé est en jeu.

Quant aux personnes au profit desquelles vous avez souscrit une assurance, nous nous chargeons de les informer et de demander leur accord sur le traitement de leurs données personnelles liées à la santé lors de l'évaluation d'un risque ou de la gestion d'un éventuel sinistre.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à consulter notre page « Protection des données personnelles » de notre site Web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>.

Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux : Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, plaintes@allianz.be, www.allianz.be. Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman-insurance.be, www.ombudsman-insurance.be. Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.