

ALLIANZ CARE PLAN

Conditions générales

Table des matières

I.	Le contrat d'assurance	4
II.	La garantie	4
1.	Le cancer	4
	Qu'est-ce qui est assuré ?	4
	Conditions spécifiques d'intervention	4
	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	5
2.	Infarctus du myocarde	5
	Qu'est-ce qui est assuré ?	5
	Conditions d'intervention spécifiques	5
	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	5
3.	Accident vasculaire cérébral	5
	Qu'est-ce qui est assuré?	5
	Conditions d'intervention spécifiques	5
	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	6
4.	Pontage aorto-coronarien	6
	Qu'est-ce qui est assuré?	6
	Conditions d'intervention spécifiques	6
	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	6
III.	Conditions générales d'intervention	6
IV.	Exclusions	7
V.	Comment introduire votre demande de paiement ?	7
1.	La déclaration de sinistre	7
2.	Le paiement de la prestation	8
VI.	Qui peut bénéficier de l'assurance?	8
VII.	Quand la garantie prend-t-elle effet et fin?	9
1.	Date de prise d'effet	9
2.	Date de fin	9
3.	Continuation à titre individuel	9
VIII.	Quelle est la prime?	10
1.	Coût mensuel par assuré(e)	10
2.	Ajustement annuel de la prime	10
3.	Paiement de la prime	10
IX.	Autres dispositions	10

1. Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré(e).....	10
2. Notifications.....	11
3. Gestion administrative	11
4. Durée et fin du contrat d'assurance	11
5. Adaptation du contrat	12
6. Plaintes et conflits	12
Traitement des plaintes	12
Expertise médicale amiable.....	12
Prévention des conflits d'intérêts	13
7. Sanctions économiques.....	13
8. Protection des données personnelles	13

I. Le contrat d'assurance

Le contrat Allianz Care Plan est un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle qui assure aux membres du personnel le paiement d'un montant forfaitaire lorsqu'ils sont victimes d'un cancer, d'un infarctus du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral, ou doivent subir un pontage aorto-coronarien, tels que décrits dans ce contrat.

L'Allianz Care Plan est un contrat complémentaire au contrat principal d'assurance de groupe et/ou d'incapacité de travail, tel(s) que déterminé(s) dans les conditions particulières.

Ce contrat d'assurance est conclu entre la société (preneur d'assurance) mentionnée dans les conditions particulières et l'entreprise d'assurances Allianz Benelux SA (Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, BE 0403.258.197), ci-après « l'entreprise d'assurances ».

Ce contrat d'assurance comprend des conditions générales et particulières. Il est important que vous lisiez ceci attentivement.

Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales et en cas de discordance prévalent sur elles.

Les avenants actuels et/ou futurs font partie intégrante du contrat.

II. La garantie

L'entreprise d'assurances verse le montant forfaitaire mentionné dans les conditions particulières lorsqu'un cancer, un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral est diagnostiqué chez l'assuré(e) ou lorsqu'il/elle doit subir un pontage aorto-coronarien, tels que définis dans les présentes conditions générales.

Le choix des affections couvertes est mentionné dans les conditions particulières.

1. Le cancer

Qu'est-ce qui est assuré ?

Le terme de cancer inclut les tumeurs malignes solides, les lymphomes malins hodgkiniens ou non hodgkiniens (y compris le lymphome cutané), la leucémie, les affections malignes de la moelle osseuse et les sarcomes (des tissus mous ou osseux).

Conditions spécifiques d'intervention

Un diagnostic, de certitude et définitif, doit être fourni par le médecin spécialiste. Le diagnostic doit être confirmé sur base d'un examen microscopique de la lésion tumorale, réalisé par un spécialiste (anatomo-pathologiste).

Les diagnostics établis par une biopsie liquide, c'est-à-dire sur mise en évidence de cellule(s) tumorale(s) circulante(s) et/ou matériel tumoral moléculaire dans le sang, la salive, les selles ou l'urine, ne sont pas suffisants.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

L'entreprise d'assurances n'intervient pas pour:

- les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers in situ ou carcinomes in situ ;
- les tumeurs de la prostate qui n'ont pas atteint au moins le stade T2N0M0 de la classification TNM ;
- Les cancers papillaires de la thyroïde qui n'ont pas atteint au moins le stade T2N0M0 ;
- Les cancers de la peau, baso-cellulaires et spino-cellulaires et le dermato-fibrome de Darrier-Ferrand, sauf le mélanome malin envahissant au-delà de l'épiderme.

2. Infarctus du myocarde

Qu'est-ce qui est assuré ?

L'infarctus du myocarde s'entend comme la mort cellulaire du muscle cardiaque consécutive à l'obstruction de la vascularisation coronaire.

Conditions d'intervention spécifiques

Un diagnostic, de certitude et définitif, doit être fourni par le médecin spécialiste. Le diagnostic doit être confirmé par l'élévation et/ou la chute caractéristique d'un biomarqueur sérique cardiaque (Troponine I, Troponine T ou CPK-MB) à au moins un niveau au-dessus du 99ème percentile de la valeur de référence.

De plus, au moins l'un des critères suivants doit être rempli:

- Symptômes cardiaques aigus et signes cliniques patents caractéristiques d'un infarctus du myocarde ;
- Récentes modifications caractéristiques à l'électrocardiogramme à type de : sous décalage ou élévation du segment ST, inversion de l'onde T, ondes Q pathologiques ou bloc de branche gauche ;
- Preuves à l'imagerie médicale d'une disparition nouvelle du muscle cardiaque viable ou bien d'une dyskinésie de la paroi cardiaque;
- Identification par angiographie coronaire d'un caillot intra-coronaire.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

L'entreprise d'assurances n'intervient pas pour

- les autres syndromes coronariens aigus, comme l'angine de poitrine instable ;
- une augmentation des biomarqueurs cardiaques associée et consécutive à une intervention par voie percutanée pour la maladie coronarienne (angioplastie).

3. Accident vasculaire cérébral

Qu'est-ce qui est assuré?

L'accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale) s'entend comme la mort du tissu cérébral, consécutive à une interruption de la vascularisation cérébrale dû à un caillot (thrombose ou sténose) ou en raison d'une hémorragie cérébrale entraînant des séquelles durables.

Conditions d'intervention spécifiques

Un diagnostic, de certitude et définitif, doit être fourni par le médecin spécialiste. Le diagnostic doit être confirmé par la présence de l'ensemble des éléments suivants :

- l'apparition de symptômes neurologiques nouveaux compatibles avec le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ;

- des déficits neurologiques patents nouveaux, persistant à l'examen clinique de manière durable, sur une période d'au moins 60 jours après le diagnostic ;
- des anomalies récentes apparues au scanner cérébral, ou bien à l'IRM si réalisée, compatible avec le diagnostic.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

L'entreprise d'assurances n'intervient pas pour :

- les accidents ischémiques transitoires (AIT) ;
- les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique ;
- les hémorragies secondaires à une lésion cérébrale préexistante (anévrisme) ;
- toute anomalie cérébrale clinique (même objectivée par un CT-scan) sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques.

4. Pontage aorto-coronarien

Qu'est-ce qui est assuré?

Le pontage aorto-coronarien ou chirurgie des artères coronaires s'entend comme l'intervention chirurgicale à thorax ouvert, destinée à traiter la sténose ou la thrombose d'une ou plusieurs artères coronaires, à l'aide d'un ou plusieurs greffons. En fonction du nombre d'artères coronaires atteintes, il peut être réalisé lors de la même intervention plusieurs pontages.

Conditions d'intervention spécifiques

L'occlusion d'un ou plusieurs troncs coronaires doit être constatée par une exploration radiologique (coronarographie) et l'indication opératoire doit être confirmée par un cardiologue.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

L'entreprise d'assurances n'intervient pas pour

- l'angioplastie ou la dilatation transluminale percutanée, par ballonnet, laser ou stent ;
- la thrombolyse.

III. Conditions générales d'intervention

Pour toutes les maladies graves telles que définies dans les présentes conditions générales, l'entreprise d'assurances intervient dans les conditions suivantes:

- L'entreprise d'assurances versera le montant forfaitaire à condition que l'assuré(e) soit en vie 28 jours après la date à laquelle la maladie a été diagnostiquée (concernant les points II.1 à II.3) ou après la date à laquelle l'intervention chirurgicale a été pratiquée (concernant le point II.4).
- L'entreprise d'assurances n'intervient jamais plus d'une fois pour un même diagnostic.
- Pour le cancer, le montant forfaitaire n'est dû qu'une seule fois sur toute la durée du contrat pour le même cancer diagnostiqué. Une rechute du même type de cancer ne donne donc jamais droit à un second paiement forfaitaire.

- Pour l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral (ou attaque cérébrale) et le pontage aorto-coronarien (ou chirurgie des artères coronaires), le montant forfaitaire n'est dû, dans chaque cas, qu'une seule fois sur toute la durée du contrat.
- Si l'assuré(e) souffre d'une autre maladie ou doit subir une intervention chirurgicale, il faut que le diagnostic établisse qu'il ne s'agit pas d'une suite ou d'une conséquence de la première maladie ou affection.

IV. Exclusions

- Toute déclaration de sinistre qui a lieu dans les deux premières années qui suivent la date de l'affiliation du membre du personnel fait l'objet d'une analyse sur le caractère préexistant de l'affection. Dans ce cas, l'entreprise d'assurances n'intervient jamais pour les maladies et les opérations qui sont directement ou indirectement liées à une maladie grave préexistante ni pour les suites et conséquences d'une intervention chirurgicale antérieure. Si des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués s'étaient manifestés avant la date d'affiliation de l'assuré(e), il n'y a aucune prestation d'assurance de la part de l'entreprise d'assurances pendant toute la durée de l'assurance pour cette maladie.
- L'entreprise d'assurances n'intervient jamais pour des maladies qui seraient liées à l'alcoolisme ou une toxicomanie (stupéfiants, produits hallucinogènes ou d'autres drogues) ou causées par l'abus de médicaments, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement;
- L'entreprise d'assurances n'intervient jamais pour des maladies qui seraient liées à tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes.

V. Comment introduire votre demande de paiement ?

1. La déclaration de sinistre

Chaque assuré(e) doit envoyer à l'entreprise d'assurances, directement à l'attention du médecin conseil, la déclaration de sinistre le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 28 jours après la date à laquelle la maladie a été diagnostiquée (concernant les points II.1 à II.3) ou après la date à laquelle l'intervention chirurgicale a été pratiquée (concernant le point II.4). La déclaration de sinistre indique tous les renseignements demandés par l'entreprise d'assurances.

L'entreprise d'assurances peut réclamer toutes pièces complémentaires jugées nécessaires et l'assuré(e) s'engage à les demander à son médecin traitant.

Si les documents ne permettent pas au médecin conseil de l'entreprise d'assurances d'arrêter son opinion, l'assuré(e) s'engage à répondre favorablement aux contrôles et examens médicaux qui lui seront demandés à cette fin.

2. Le paiement de la prestation

Lorsque l'entreprise d'assurances a accepté le sinistre déclaré, le paiement s'effectue au plus tôt après la période de survie de 28 jours.

Le montant forfaitaire prévu dans les conditions particulières est payé sous forme de rente en 11 mensualités. L'assuré(e) peut toutefois opter pour un versement unique comme indiqué dans les conditions particulières.

L'assuré(e) doit communiquer sa préférence pour un paiement en rente ou un versement unique à l'entreprise d'assurances lors de la déclaration de sinistre.

Le montant est payé sur le compte financier de l'assuré(e) mentionné dans la déclaration de sinistre, au plus tard dans le mois qui suit la date de la déclaration de sinistre et pour autant que toutes les données nécessaires (médicales et administratives) aient été communiquées à l'entreprise d'assurances.

Si l'assuré(e) a opté pour le paiement d'une rente mensuelle, les versements cessent en cas de décès de l'assuré(e).

Si l'assuré(e) a opté pour le paiement du capital, et que son décès survient après le délai de survie de 28 jours et avant le versement du capital par l'entreprise d'assurances, le capital est payé sur le compte de la succession.

VI. Qui peut bénéficier de l'assurance?

Le membre du personnel qui appartient à une catégorie de personnel définie dans le contrat principal tel que repris dans les conditions particulières, est obligatoirement assuré et bénéficie de la garantie complémentaire Allianz Care Plan.

Les conditions suivantes doivent être remplies:

- être engagé sous contrat de travail par le preneur d'assurance,
- être soumis à la Sécurité Sociale Belge ;
- être effectivement en activité auprès du preneur d'assurance lors de l'affiliation; et
- bénéficiaire du contrat d'assurance de groupe ou d'incapacité de travail souscrit par l'employeur auprès de l'entreprise d'assurances.

VII. Quand la garantie prend-t-elle effet et fin?

1. Date de prise d'effet

La garantie complémentaire prend effet :

- Pour tous les membres du personnel affiliés au contrat principal souscrit par l'employeur, au moment de la date d'effet du présent contrat ;
- Pour les nouveaux membres du personnel, lors de l'engagement de ceux-ci, à partir du moment où ils bénéficient du contrat principal souscrit par l'employeur.

La date d'affiliation est indiquée sur l'attestation d'assurance délivrée par l'entreprise d'assurances.

2. Date de fin

La garantie complémentaire prend fin de plein droit :

- dans tous les cas où il est mis fin au contrat principal par l'employeur auprès de l'entreprise d'assurances. La mise en réduction ou le rachat des contrats vie/décès par l'employeur met fin de plein droit à l'assurance complémentaire Allianz Care Plan ;
- lorsque l'assuré(e) n'est plus affilié(e) au contrat principal de son employeur, preneur d'assurance du présent contrat et au plus tard à tout autre terme contractuellement prévu par le contrat principal ;
- en cas de décès de l'assuré(e) ;
- en cas de non-paiement des primes (voir ci-dessous).

Tout sinistre survenu après la date de fin de la garantie ne fera l'objet d'aucune intervention de la part de l'entreprise d'assurances. Tout sinistre accepté ou susceptible d'être accepté (procédure en cours) et survenu avant la date de fin de la garantie, fera l'objet d'une intervention de l'entreprise d'assurances.

En aucun cas, la garantie complémentaire Allianz Care Plan n'est offerte et ne peut être souscrite comme garantie autonome.

3. Continuation à titre individuel

Dans le cas où un(e) affilié(e) est en droit et décide de faire usage de son droit de continuer à titre individuel l'assurance de groupe (contrat principal) tel que prévu par la loi sur les pensions complémentaires, il/elle a la possibilité de demander la continuation de la garantie Allianz Care Plan comme contrat offert à titre accessoire par rapport à ce contrat principal.

Si l'affilié(e), après avoir perdu le bénéfice de l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle (contrat principal), en demande la continuation à titre individuel, il peut demander la continuation de la garantie Allianz Care plan comme contrat offert à titre accessoire par rapport à ce contrat principal.

En tout état de cause, l'Allianz Care Plan prend fin de plein droit au premier des événements suivants : s'il est mis fin au contrat principal, en cas de cessation de paiement des primes, de décès, de mise à la pension légale, voire anticipée, ou à l'âge terme contractuellement prévu dans le contrat principal poursuivi.

VIII. Quelle est la prime?

Les primes sont exclusivement prises en charge par le preneur d'assurance qui les paie globalement à l'entreprise d'assurances.

1. Coût mensuel par assuré(e)

Le coût mensuel par assuré(e) est indiqué dans les conditions particulières.

2. Ajustement annuel de la prime

La prime mentionnée dans les conditions particulières est annuellement, à la date d'échéance principale, et automatiquement augmentée d'un pourcentage défini dans les conditions particulières.

L'entreprise d'assurances informe le preneur d'assurance de la nouvelle prime annuelle. Si le preneur d'assurance ne souhaite pas poursuivre l'assurance complémentaire 'Allianz Care Plan' sur cette base, il peut résilier le contrat d'assurance dans les deux mois à dater de la notification faite par l'entreprise d'assurances, sans porter préjudice à l'assurance principale (contrat d'assurance de groupe et/ou d'incapacité de travail).

3. Paiement de la prime

Les primes sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent être payées par fractions mensuelles à terme échu. Elles sont dues dès le premier jour du mois d'assurance au cours duquel a lieu l'affiliation.

Les primes sont majorées de tous suppléments tels que taxes et cotisations, présentes ou futures sauf mention contraire dans les conditions particulières.

Le non-paiement d'une prime annuelle ou d'une fraction mensuelle de la garantie complémentaire Allianz Care Plan met fin à celle-ci de plein droit si 15 jours après l'envoi de la lettre recommandée aucun paiement n'est intervenu. Ceci ne porte pas préjudice à l'assurance principale.

En cas de non-paiement des primes de l'assurance principale, la garantie complémentaire suit la même procédure (rappel, mise en demeure) que celle prévue pour l'assurance principale. La garantie complémentaire s'éteint de plein droit 15 jours après la mise en demeure.

IX. Autres dispositions

1. Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré(e)

Le preneur d'assurance et l'assuré(e) ont l'obligation

- de faire toutes déclarations et communications, par écrit ou par courriel, au siège de l'entreprise d'assurances afin de permettre la bonne exécution du présent contrat;
- d'avertir au plus tard dans un délai de trente jours, l'entreprise d'assurances de toutes les modifications dans le statut des assuré(e)s (affiliation, perte de la qualité d'assuré(e)...);

- de communiquer à l'entreprise d'assurances, tous les renseignements lui permettant d'établir le droit aux prestations déterminées par le présent contrat.
- de notifier tout changement de domicile à l'entreprise d'assurances dans un délai de trente jours. Les notifications à faire au preneur d'assurance ou à l'assuré(e) sont valablement faites à leur dernière adresse postale et/ou électronique signalée à l'entreprise d'assurances.

2. Notifications

Les notifications destinées à l'entreprise d'assurances doivent être faites à son siège social et/ou à l'adresse électronique mentionnée dans les documents pertinents.

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste et/ou à la date d'envoi par courrier électronique.

3. Gestion administrative

L'employeur s'engage à utiliser l'outil web (@line), mis à disposition par l'entreprise d'assurances pour toute communication avec l'entreprise d'assurances. Cet outil web comprend une plateforme de communication où l'entreprise d'assurances met à disposition de l'employeur des documents tels que, entre autres, les bordereaux de primes.

Si l'employeur n'utilise pas l'outil web pour communiquer des actes de gestion tels que des affiliations de membres du personnel ou des départs de membres du personnel, l'entreprise d'assurances n'effectuera pas ces actes de gestion ou pourra appliquer un surcoût pour le traitement manuel de ces données.

4. Durée et fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend effet à la date mentionnée dans les conditions particulières, pour autant qu'à cette date le contrat soit signé et la première prime payée. Le présent contrat est annulé de plein droit si la première prime réclamée par le bordereau de prime, n'est pas payée dans les 45 jours à partir de la date du bordereau.

Le contrat d'assurance court pour une année et au plus tard jusqu'à la date d'échéance principale. Il est ensuite reconduit tacitement chaque année sauf si l'une des parties entend y mettre fin par lettre recommandée trois mois avant la fin de l'année.

Le contrat prend fin de plein droit dans tous les cas où il est mis fin au contrat principal.

Le contrat prend fin de plein droit au moment où le preneur d'assurance est déclaré en faillite ou qu'une procédure de réorganisation judiciaire est en cours.

5. Adaptation du contrat

Si la prime mentionnée dans le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle est insuffisante pour couvrir les garanties octroyées, les conditions du contrat et la prime peuvent être revues par l'entreprise d'assurances à la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

L'entreprise d'assurances notifiera au preneur d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat la ou les modification(s) intervenue(s). Lors de chaque notification, le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle dans les deux mois à dater de la notification faite par l'entreprise d'assurances, sans porter préjudice à l'assurance principale.

En cas de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties, l'entreprise d'assurances se réserve le droit de modifier les conditions d'assurance après en avoir avisé le preneur d'assurance. Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les deux mois de la notification de la modification.

6. Plaintes et conflits

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.as, www.ombudsman.as.

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.

Expertise médicale amiable

En cas de désaccord entre le médecin conseil de l'entreprise d'assurances et le médecin choisi par l'assuré(e), celui-ci est libre de demander une expertise médicale amiable.

Chaque partie désigne un médecin qui agira en tant qu'expert. En cas de désaccord entre les deux experts ceux-ci s'adjoignent un tiers expert. La décision que le collège ainsi constitué prend, en tenant compte des conditions du contrat, est incontestable et irrévocable.

Si l'une des deux parties reste en défaut de désigner son expert dans un délai de seize jours après une intervention par lettre recommandée ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur le choix du troisième expert, la nomination en est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de l'arrondissement judiciaire du domicile ou siège social de cette partie.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert qu'elle désigne en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Chacune des parties supporte la moitié des frais et honoraires du troisième expert en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Prévention des conflits d'intérêts

L'entreprise d'assurances entend prévenir les conflits d'intérêts qui pourraient perturber le processus de souscription, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance.

Qu'est-ce qu'un conflit d'intérêts? Toute situation où les intérêts du candidat preneur d'assurance sont contrariés, ou pourraient l'être, parce que des intérêts divergents des siens (ex : ceux de l'entreprise d'assurances ou de l'intermédiaire) pourraient l'inciter à conclure un contrat ou à bénéficier d'un service qui iraient à l'encontre de ses intérêts.

La politique de prévention de l'entreprise d'assurances, a pour but de détecter, d'analyser et d'éviter les conflits d'intérêts.

Vous pouvez nous déclarer tout conflit d'intérêts potentiel par e-mail, à l'adresse

complaintscustomer@allianz.be

7. Sanctions économiques

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.

8. 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,
- 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, 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 aussi 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, Boulevard du Roi Albert II 32 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.

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>.

