

ALLIANZ CARE PLAN

Algemene voorwaarden

Inhoudsopgave

I.	Het verzekeringcontract	4
II.	De waarborg	4
1.	Kanker	4
	Wat is verzekerd?.....	4
	Specifieke vergoedingsvoorwaarden	4
	Wat is niet verzekerd?	5
2.	Hartinfarct	5
	Wat is verzekerd?.....	5
	Specifieke vergoedingsvoorwaarden	5
	Wat is niet verzekerd?	5
3.	Beroerte	5
	Wat is verzekerd?.....	5
	Specifieke vergoedingsvoorwaarden	5
	Wat is niet verzekerd?	6
4.	Coronaire arteriële bypassoperatie	6
	Wat is verzekerd?.....	6
	Specifieke vergoedingsvoorwaarden	6
	Wat is niet verzekerd?	6
III.	Algemene vergoedingsvoorwaarden	6
IV.	Uitsluitingen.....	7
V.	Hoe dient u uw betalingsaanvraag in?	7
1.	De schadeaangifte.....	7
2.	De uitkering van het bedrag.....	8
VI.	Wie kan gebruikmaken van de verzekering?	8
VII.	Wanneer gaat de waarborg in en eindigt hij?	9
1.	Aanvangsdatum	9
2.	Einddatum	9
3.	Individuele verderzetting	9
VIII.	Wat is de premie?	10
1.	Maandelijkse kostprijs per verzekerde	10
2.	Jaarlijkse aanpassing van de premie	10
3.	Betaling van de premie	10

IX.	Andere bepalingen	11
1.	Verplichtingen van de verzekeringnemer en de verzekerde.....	11
2.	Kennisgevingen.....	11
3.	Administratief beheer.....	11
4.	Duur en einde van de verzekeringsovereenkomst.....	11
5.	Aanpassing van het contract.....	12
6.	Klachten en conflicten	12
	Klachtenbehandeling.....	12
	Minnelijke medische expertise	12
	Preventie van belangenconflicten	13
7.	Economische sancties	13
8.	Bescherming van de persoonsgegevens.....	13

I. Het verzekeringscontract

Het Allianz Care Plan is een beroepsgebonden verzekeringsovereenkomst die aan de personeelsleden de betaling verzekert van een forfaitair bedrag wanneer de verzekerde getroffen wordt door kanker, een hartinfarct, een beroerte of een coronaire arteriële bypassoperatie zoals beschreven in deze overeenkomst.

Dit Allianz Care Plan is een contract dat een aanvulling vormt op het hoofdcontract voor de groepsverzekering en/of de arbeidsongeschiktheidsverzekering, zoals bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Deze verzekeringsovereenkomst wordt gesloten tussen de in de bijzondere voorwaarden vermelde vennootschap (verzekeringnemer) en de verzekeringsonderneming Allianz Benelux NV (Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, BE 0403.258.197), hierna “de verzekeringsonderneming”.

Deze verzekeringsovereenkomst bevat algemene en bijzondere voorwaarden. Het is belangrijk dat u deze aandachtig leest.

De bijzondere voorwaarden vullen de algemene voorwaarden aan en hebben voorrang indien ze er strijdig mee zouden zijn.

Huidige en/of toekomstige bijlagen bij het contract maken integraal deel van het contract

II. De waarborg

De verzekeringsonderneming betaalt het in de bijzondere voorwaarden vermelde forfaitaire bedrag uit wanneer bij de verzekerde kanker, een hartinfarct of een beroerte wordt gediagnosticeerd, of wanneer hij een coronaire arteriële bypassoperatie moet ondergaan zoals bepaald in deze algemene voorwaarden.

De keuze van de gedekte aandoeningen wordt beschreven in de bijzondere voorwaarden.

1. Kanker

Wat is verzekerd?

De term kanker omvat vaste kwaadaardige tumoren, kwaadaardig Hodgkin- of non-Hodgkinlymfoom (inclusief huidlymfoom), leukemie, kwaadaardige aandoeningen van het beenmerg en sarcomen (weke of botweefsels).

Specifieke vergoedingsvoorwaarden

Er moet een zekere en definitieve diagnose worden gesteld door de specialist. De diagnose moet bevestigd worden op basis van een microscopisch onderzoek van het tumorletsel, uitgevoerd door een specialist (anatom-patholoog).

Diagnoses die worden gesteld door middel van een vloeistofbiopsie, dit wil zeggen na het aantonen van circulerende tumorcellen en/of moleculair tumormateriaal in bloed, speeksel, ontlasting of urine, zijn niet voldoende.

Wat is niet verzekerd?

De verzekeringsonderneming komt niet tussen voor:

- tumoren die histologisch geclassificeerd zijn als premaligne tumoren, dysplasie, kanker in situ of carcinoma in situ;
- prostaattumoren die niet minstens stadium T2N0M0 van de TNM-classificatie hebben bereikt;
- papillaire schildklierkankers die niet minstens stadium T2N0M0 hebben bereikt;
- huidkankers, baso- en spinocellulaire kankers en dermatofibromen van Darrier-Ferrand, behalve maligne melanoom dat zich verder dan de epidermis verspreidt.

2. Hartinfarct

Wat is verzekerd?

Hartinfarct is de celdood van de hartspier als gevolg van de obstructie van de coronaire vascularisatie.

Specifieke vergoedingsvoorwaarden

Er moet een zekere en definitieve diagnose worden gesteld door de specialist. De diagnose moet bevestigd worden door de kenmerkende stijging en/of daling van een cardiologische serumbiomarker (Troponine I, Troponine T of CPK-MB) op minstens één niveau boven het 99e percentiel van de referentiewaarde.

Bovendien moet minstens aan een van de volgende criteria worden voldaan:

- Acute cardiologische symptomen en duidelijke klinische tekenen van een hartinfarct;
- Recente kenmerkende wijzigingen vastgesteld op het electrocardiogram: neerwaartse verschuiving of elevatie van het ST-segment, omkering van de T-golf, pathologische Q-golven of linkerbundeltakblok;
- Bewijzen met medische beeldvorming van een nieuwe verdwijning van de levensvatbare hartspier of van een dyskinesie van de hartwand;
- Vaststelling via coronaire angiografie van een intracoronair bloedstolsel.

Wat is niet verzekerd?

De verzekeringsonderneming komt niet tussen voor

- andere acute coronaire syndromen, zoals instabiele angina pectoris;
- een toename van de cardiologische biomarkers die verband houdt met en het gevolg is van een percutane vergoedings voor hartaandoeningen (angioplastie).

3. Beroerte

Wat is verzekerd?

Een beroerte (apoplexie) is de dood van hersenweefsel als gevolg van een onderbreking van de hersenvascularisatie door een bloedstolsel (trombose of stenose) of als gevolg van een hersenbloeding met blijvende gevolgen.

Specifieke vergoedingsvoorwaarden

Er moet een zekere en definitieve diagnose worden gesteld door de specialist. De diagnose moet bevestigd worden door de aanwezigheid van alle volgende elementen:

- het optreden van nieuwe neurologische symptomen die stroken met de diagnose van beroerte;

- nieuwe duidelijke neurologische uitvalsverschijnselen die via klinisch onderzoek duurzaam bevestigd worden, over een periode van minstens 60 dagen na de diagnose;
- recente afwijkingen die te zien waren op de hersenscan, of op de MRI indien uitgevoerd, en die stroken met de diagnose.

Wat is niet verzekerd?

De verzekeringsonderneming komt niet tussen voor:

- kortstondige ischemische aanvallen (TIA);
- letsels aan de hersenen of bloedvaten van traumatische oorsprong;
- bloedingen die bijkomstig zijn bij vooraf bestaand hersenletsel (aneurysma);
- elke klinische hersenafwijking (zelfs als deze op een objectieve manier is vastgesteld via een CT-scan) zonder duidelijk en objectief klinisch verband met de neurologische symptomen en tekenen.

4. Coronaire arteriële bypassoperatie

Wat is verzekerd?

Onder een coronaire arteriële bypassoperatie of een operatie aan de kransslagaders wordt een thoracotomie verstaan voor de behandeling van stenose of trombose van een of meerdere kransslagaders, met behulp van een of meerdere vaattransplantaten. Afhankelijk van het aantal aangetaste kransslagaders kunnen er tijdens dezelfde ingreep meerdere overbruggingen worden uitgevoerd.

Specifieke vergoedingsvoorwaarden

De vernauwing van een of meerdere kransslagaders moet worden vastgesteld via radiologisch onderzoek (coronarografie) en de operatieve indicatie moet worden bevestigd door een cardioloog.

Wat is niet verzekerd?

De verzekeringsonderneming komt niet tussen voor

- Angioplastie of Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek met een ballonnetje, laser of stent;
- trombolyse.

III. Algemene vergoedingsvoorwaarden

Voor alle ernstige ziekten zoals bepaald in deze algemene voorwaarden, komt de verzekeringsonderneming tussen onder de volgende voorwaarden:

- De verzekeringsonderneming zal het forfaitaire bedrag storten op voorwaarde dat de verzekerde 28 dagen na de datum waarop de ziekte werd gediagnosticeerd (betreffende de punten II.1 tot II.3) of na de datum waarop de operatie werd uitgevoerd (betreffende punt II.4), in leven is.
- De verzekeringsonderneming komt nooit meer dan één keer tussen voor eenzelfde diagnose.

- Voor kanker is voor dezelfde gediagnosticeerde kanker eenmalig het forfaitaire bedrag verschuldigd over de looptijd van het contract. Een terugval van hetzelfde type kanker geeft nooit recht op een tweede forfaitaire betaling.
- Voor een hartinfarct, beroerte (apoplexie) en coronaire arteriële bypassoperatie (of operatie aan de kransslagaders) is het forfaitaire bedrag slechts één keer verschuldigd per aandoening over de hele duur van het contract.
- Indien de verzekerde aan een andere ziekte lijdt of een chirurgische ingreep moet ondergaan, moet de diagnose aantonen dat het niet om een vervolg of een gevolg van de eerste ziekte of aandoening gaat.

IV. Uitsluitingen

- Bij elke schadeaangifte die plaatsvindt in de eerste twee jaar na de datum van aansluiting van het personeelslid wordt onderzocht of de aandoening reeds bestond. In dat geval komt de verzekeringsonderneming nooit tussen voor ziekten en ingrepen die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houden met een vooraf bestaande ernstige ziekte of het vervolg en de gevolgen van een eerdere chirurgische ingreep. Indien er zich objectieve symptomen hadden voorgedaan die konden worden gediagnosticeerd vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde, is er geen verzekeringsprestatie van de verzekeringsonderneming tijdens de hele duur van de verzekering voor deze aandoening.
- De verzekeringsonderneming komt nooit tussen voor ziekten die verband houden met alcoholisme of toxicomanie (verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs) of veroorzaakt zijn door geneesmiddelenmisbruik, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en de behandeling;
- De verzekeringsonderneming komt nooit tussen voor ziekten die verband houden ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer dat feit of die feiten voortvloeien uit of het resultaat zijn van radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten of radioactief afval, evenals alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit iedere bron van ioniserende stralingen.

V. Hoe dient u uw betalingsaanvraag in?

1. De schadeaangifte

Elke verzekerde moet de schadeaangifte zo snel mogelijk en uiterlijk binnen een termijn van 28 dagen na de datum waarop de ziekte werd gediagnosticeerd (betreffende de punten II.1 tot II.3) of na de datum waarop de operatie werd uitgevoerd (betreffende punt II.4), naar de verzekeringsonderneming sturen. In de schadeaangifte dienen alle inlichtingen te staan die de verzekeringsonderneming vraagt. De aangifte dient direct aan de medisch adviseur van de verzekeringsonderneming te worden bezorgd.

De verzekeringsonderneming kan alle bijkomende stukken opvragen die noodzakelijk worden geacht en de verzekerde verbindt zich ertoe deze aan zijn behandelende geneesheer te vragen.

Indien de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming op grond van de documenten geen standpunt kan innemen, verbindt de verzekerde zich ertoe zijn medewerking te verlenen aan de medische controles en onderzoeken waartoe hij in dat verband zou worden uitgenodigd.

2. De uitkering van het bedrag

Wanneer de verzekeringsonderneming het aangegeven schadegeval heeft aanvaard, gebeurt de betaling ten vroegste na de overlevingsperiode van 28 dagen.

Het in de bijzondere voorwaarden bepaalde forfaitaire bedrag wordt betaald in 11 maandelijkse termijnen. De verzekerde kan echter kiezen voor een eenmalige storting zoals vermeld in de bijzondere voorwaarden.

De verzekerde moet bij de schadeaangifte zijn voorkeur voor een betaling in termijnen of een eenmalige storting aan de verzekeringsonderneming meedelen.

Het verschuldigde bedrag wordt betaald op de financiële rekening die de verzekerde op de schadeaangifte heeft vermeld, uiterlijk binnen een maand na de datum van de schadeaangifte en voor zover alle nodige (medische en administratieve) gegevens aan de verzekeringsonderneming werden meegedeeld.

Indien de verzekerde gekozen heeft voor de betaling in maandelijkse termijnen, stopt de betaling van de maandelijkse bedragen op de datum waarop de verzekerde komt te overlijden.

Indien de verzekerde gekozen heeft voor de uitbetaling van het kapitaal en hij na de overlevingsperiode van 28 dagen komt te overlijden, voordat de verzekeringsonderneming het kapitaal heeft gestort dan wordt het kapitaal betaald op de rekening van de nalatenschap.

VI. Wie kan gebruikmaken van de verzekering?

Personeelsleden die behoren tot een personeelscategorie zoals beschreven in het hoofdcontract zoals opgenomen in de bijzondere voorwaarden, zijn verplicht verzekerd en genieten de aanvullende waarborg Allianz Care Plan.

Er moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- aangeworven zijn met een arbeidsovereenkomst door de verzekeringnemer en onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid;
- effectief werkzaam zijn bij de verzekeringnemer op het ogenblik van de aansluiting; en
- onder het groepsverzekerings- of arbeidsongeschiktheidscontract vallen dat de werkgever bij de verzekeringsonderneming heeft afgesloten.

VII. Wanneer gaat de waarborg in en eindigt hij?

1. Aanvangsdatum

De aanvullende waarborg gaat in:

- Voor alle personeelsleden die verzekerd zijn via het door de werkgever afgesloten hoofdcontract, op het moment van de aanvangsdatum van dit contract;
- Voor nieuwe personeelsleden die in dienst treden, vanaf het ogenblik waarop zij onder het door de werkgever afgesloten hoofdcontract vallen.

De aansluitingsdatum staat vermeld op het verzekeringsattest dat door de verzekeringsonderneming wordt afgeleverd.

2. Einddatum

De aanvullende waarborg eindigt van rechtswege:

- in alle gevallen waarin de werkgever het hoofdcontract bij de verzekeringsonderneming stopzet. De stopzetting of afkoop van de levensverzekeringscontracten die voorzien zijn door de werkgever afgesloten groepsverzekeringsregeling maakt van rechtswege een einde aan de aanvullende verzekering Allianz Care Plan;
- wanneer de verzekerde niet meer aangesloten is bij het hoofdcontract van zijn werkgever die deze overeenkomst heeft afgesloten en uiterlijk op elke andere in het hoofdcontract voorziene termijn;
- bij overlijden van de verzekerde;
- bij niet-betaling van de premies (zie hieronder).

Op de dag van het einde van de waarborg zal de verzekeringsonderneming niet meer tussenkomen als zich een schadegeval voordoet na deze datum. Bij elk schadegeval dat aanvaard wordt of dat aanvaard zal worden en dat zich voordoet vóór de einddatum van de waarborg, zal de verzekeringsonderneming tussenkomen.

De aanvullende waarborg Allianz Care Plan wordt in geen geval aangeboden en kan niet worden afgesloten als autonome waarborg.

3. Individuele verderzetting

Indien een aangeslotene het recht heeft en beslist gebruik te maken van het recht om de groepsverzekering (hoofdcontract) individueel verder te zetten zoals door de wet op de aanvullende pensioenen voorzien is, dan kan hij tevens de waarborg Allianz Care Plan verder zetten dat als bijkomend contract aan het hoofdcontract wordt aangeboden.

In het geval dat een aangeslotene het voordeel van een beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering (hoofdcontract) verliest en verzoekt tot het individueel verder zetten van dat hoofdcontract, dan kan hij tevens de waarborg Allianz Care Plan verder zetten dat als bijkomend contract aan het hoofdcontract wordt aangeboden.

Hoe dan ook, komt het Allianz Care Plan in de volgende gevallen zonder meer ten einde: wanneer het hoofdcontract beëindigd wordt, bij het stop zetten van de premiebetaling, bij vervroegde of wettelijke oppensioenstelling of op de overeengekomen contractuele einddatum van het verdergezet hoofdcontract.

VIII. Wat is de premie?

De premies worden betaald door de verzekeringnemer. De verzekeringnemer is de premies verschuldigd en betaalt ze volledig aan de verzekeringsonderneming.

1. Maandelijkse kostprijs per verzekerde

De maandelijkse kostprijs per verzekerde worden vermeld in de bijzondere voorwaarden.

2. Jaarlijkse aanpassing van de premie

De in de bijzondere voorwaarden bepaalde premie wordt jaarlijks op de hoofdvervaldag automatisch verhoogd met een percentage dat vermeld is in de bijzondere voorwaarden.

De verzekeringnemer wordt op de hoogte gebracht van de nieuwe jaarpremie. Indien de verzekeringnemer de aanvullende verzekering 'Allianz Care Plan' met deze premie niet wenst voort te zetten, kan de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen binnen twee maanden na de kennisgeving door de verzekeringsonderneming, zonder dat dit gevolgen heeft voor de hoofdverzekering (groepsverzekeringsregeling en/of arbeidsongeschiktheidsregeling).

3. Betaling van de premie

De premies zijn jaarlijks en vooraf betaalbaar. Zij mogen in maandelijkse gedeelten vereffend worden na vervallen termijn. Zij zijn verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van aansluiting.

De premies worden verhoogd met alle toeslagen zoals tegenwoordige of toekomstige taksen en bijdragen tenzij anders vermeld in de bijzondere voorwaarden.

De niet-betaling van een jaarlijkse premie of een maandelijkse fractie van de aanvullende waarborg Allianz Care Plan maakt van rechtswege een einde aan deze waarborg na verzending van de aangetekende brief en in geval van niet-betaling van de premies binnen 15 dagen na deze verzending, zonder dat dit gevolgen heeft voor de hoofdverzekering.

Bij niet-betaling van de premies van de hoofdverzekering wordt voor de aanvullende waarborg dezelfde procedure (herinnering, ingebrekestelling) gevolgd als voor de hoofdverzekering. 15 dagen na de ingebrekestelling vervalt de waarborg van rechtswege.

IX. Andere bepalingen

1. Verplichtingen van de verzekeringnemer en de verzekerde

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- aan de zetel van de verzekeringsonderneming schriftelijk of per e-mail alle aangiften en mededelingen te doen die nodig zijn voor de vlotte uitvoering van onderhavige overeenkomst,
- de verzekeringsonderneming ten laatste binnen een termijn van dertig dagen in te lichten over elke wijziging in het statuut van de verzekerden (aansluiting, verlies van hoedanigheid van verzekerde...);
- de verzekeringsonderneming op de hoogte te brengen van alle inlichtingen, om haar in staat te stellen het recht op de prestaties van onderhavige overeenkomst te beoordelen.
- Aan de verzekeringsonderneming binnen een termijn van dertig dagen elke wijziging van woonplaats melden. De kennisgevingen aan de verzekeringnemer of de verzekerde worden rechtsgeldig op het laatst gecommuniceerde adres (mail of postaal) gedaan.

2. Kennisgevingen

De kennisgevingen die bestemd zijn voor de verzekeringsonderneming, moeten worden gedaan aan haar maatschappelijke zetel en/of aan het in de betrokken documenten vermelde e-mailadres.

Elke kennisgeving van de ene partij aan de andere wordt geacht gedaan te zijn op de datum van afgifte ervan op de post en/of de datum van verzending via e-mail.

3. Administratief beheer

De werkgever verbindt zich ertoe om de webtool (@line), die de verzekeringsonderneming ter beschikking stelt, te gebruiken voor alle communicatie met de verzekeringsonderneming. Deze webtool omvat een communicatieplatform waarop de verzekeringsonderneming documenten zoals premieborderellen ter beschikking stelt van de werkgever

Als de werkgever geen gebruik maakt van de webtool om beheersdaden zoals aansluitingen of het vertrek van personeelsleden mee te delen, zal de verzekeringsonderneming deze beheersdaden niet uitvoeren of kan ze meerkosten aanrekenen voor de manuele verwerking van die gegevens.

4. Duur en einde van de verzekeringsovereenkomst

De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de in de bijzondere voorwaarden vermelde datum, voor zover de overeenkomst ondertekend is en de eerste premie betaald is. Deze overeenkomst wordt van rechtswege ontbonden indien de eerste premie die op het premieborderel wordt gevorderd, niet betaald wordt binnen 45 dagen vanaf de datum van het borderel.

Het verzekeringscontract loopt voor één jaar en ten laatste tot aan de hoofdvervaldag. Het wordt vervolgens jaarlijks stilzwijgend verlengd, tenzij een van de partijen drie maanden voor het einde van het jaar met een aangetekende brief het contract wil beëindigen.

Het contract eindigt van rechtswege in alle gevallen waarin het hoofdcontract wordt beëindigd.

De overeenkomst eindigt van rechtswege op het moment dat de verzekeringnemer failliet wordt verklaard of er een procedure van gerechtelijke reorganisatie gaande is.

5. Aanpassing van het contract

Als de in onderhavige beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst vermelde premie niet volstaat om de toegekende waarborgen te dekken, kunnen de voorwaarden van de overeenkomst en de premie door de verzekeringsonderneming worden gewijzigd op de jaarlijkse vervaldag van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De verzekeringsonderneming zal de verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voor de jaarlijkse vervaldag van het contract op de hoogte brengen van deze wijziging. Bij elke kennisgeving mag de verzekeringnemer de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst opzeggen binnen twee maanden na de kennisgeving door de verzekeringsonderneming, zonder dat dit gevolgen heeft voor de hoofdverzekering.

In geval van conventionele, wettelijke of reglementaire wijzigingen die een significante invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties behoudt de verzekeringsonderneming zich het recht voor de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen nadat zij de verzekeringnemer hiervan op de hoogte heeft gebracht. De verzekeringnemer kan de overeenkomst in elk geval opzeggen binnen twee maanden na de kennisgeving van de wijziging.

6. Klachten en conflicten

Klachtenbehandeling

Het Belgische recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Elke klacht aangaande de overeenkomst kan worden gericht aan:

- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel, fax: 02 547 59 75, info@ombudsman.as, of
- de Ombudsdienst van de maatschappij Allianz Benelux NV, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, fax: 02/214 61 71, complaintscustomer@allianz.be onverminderd de mogelijkheid voor de verzekeringnemer om een rechtsvordering in te stellen.

Minnelijke medische expertise

In het geval van meningsverschil tussen de adviserende geneesheer van de verzekeringsonderneming en de door de verzekerde gekozen geneesheer, staat het de verzekerde vrij een minnelijke medische expertise aan te vragen.

Elke partij duidt een geneesheer aan die als deskundige optreedt. Bij meningsverschil tussen de twee deskundigen duiden laatstgenoemden een derde deskundige aan. De beslissing die het aldus samengestelde college neemt, rekening houdend met de voorwaarden van de overeenkomst, is onbetwistbaar en onherroepelijk.

Indien een van de partijen verzuimt haar deskundige aan te duiden binnen een termijn van zestien dagen na verzoek daartoe per aangetekende brief of indien de door de partijen aangeduide deskundigen het niet eens worden over de aanduiding van de derde deskundige, geschiedt de aanduiding op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van het gerechtelijk arrondissement van de woonplaats of de maatschappelijke zetel van die partij.

Iedere partij staat in voor de kosten en de honoraria van de deskundige die zij aanduidt, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische handelingen die de deskundige in het kader van de expertise zou kunnen vragen.

Iedere partij staat in voor de helft van de kosten en honoraria van de derde deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken en bijkomende medische handelingen die de derde deskundige in het kader van de expertise zou kunnen vragen.

Preventie van belangenconflicten

De verzekeringsonderneming wil belangenconflicten voorkomen die het onderschrijvingsproces, het beheer en de uitvoering van haar verzekeringsovereenkomsten kan verstoren.

Wat is een belangenconflict? Elke situatie die strijdig is of zou kunnen zijn met de belangen van de kandidaat-verzekeringnemer omdat belangen die verschillen van de zijne (bv.: die van de verzekeringsonderneming of de tussenpersoon) hem ertoe zouden kunnen aanzetten een overeenkomst af te sluiten of een dienst te genieten die niet met zijn belangen strookt.

Het preventiebeleid van de verzekeringsonderneming heeft als doel belangenconflicten op te sporen, te onderzoeken en te vermijden.

U kunt elk belangenconflict melden via e-mail: complaintscustomer@allianz.be

7. Economische sancties

Onderhavige overeenkomst biedt geen enkele dekking of prestatie voor om het even welke verzekerde activiteit voor zover die verzekerde activiteit enige toepasselijke wet of reglementering van de Verenigde Naties of de Europese Unie betreffende economische sancties schendt of om het even welke andere wet of reglementering betreffende economische of commerciële sancties.

8. Bescherming van de persoonsgegevens.

Voorafgaande opmerking

Als u de verzekerde bent van de verzekeringsovereenkomst die u gaat onderschrijven, nodigen wij u uit deze nota met uitleg aandachtig te lezen.

Als de verzekeringsovereenkomst wordt onderschreven ten gunste van andere personen dan uzelf (bijvoorbeeld de werknemers of bedrijfsleiders van uw onderneming, een of meer derden, ...), blijven de rechten en verplichtingen die deze nota beschrijft volledig van toepassing, behalve voor het akkoord over de verwerking van de persoonsgegevens over de gezondheid. In dat geval kunnen alleen de personen ten gunste van wie de verzekeringsovereenkomst wordt onderschreven hun akkoord geven. Indien wij in het raam

van risico-evaluatie of schadebeheer gegevens zouden moeten verzamelen bij deze personen, zullen zij ingelicht worden over ons beleid bij het beheer van persoonsgegevens. Bij de verwerking van gegevens over de gezondheid, zullen wij hun instemming vragen.

Allianz Benelux: wie zijn wij?

Allianz Benelux is uw verzekeraar of streeft ernaar uw verzekeraar te worden om u te beschermen tegen uiteenlopende risico's en u te vergoeden waar nodig. Om onze rol als verzekeraar goed te kunnen vervullen, hebben wij een aantal persoonlijke gegevens van u nodig. Deze nota legt uit hoe en waarom wij uw persoonlijke gegevens gebruiken. Wij nodigen u uit deze tekst aandachtig te lezen.

Waarom gebruiken wij uw persoonlijke gegevens?

Wij verzamelen en gebruiken uw persoonlijke gegevens uitsluitend voor:

- de evaluatie van het risico dat uw contract verzekert,
- het beheer van de commerciële relatie met u, uw makelaar of de commerciële partners, via Internet en de sociale netwerken, inclusief de promotie van onze verzekeringsproducten, gedurende en na het einde van onze contractuele relatie,
- het beheer van uw verzekeringspolis of de eventuele schadegevallen die uw contract dekt,
- de verplichte verzending van informatie over uw verzekerings situatie,
- het toezicht op de verzekeringsportefeuille van onze onderneming,
- de preventie van misbruiken en verzekeringsfraude.

Geen enkele wettelijke bepaling verplicht u ertoe ons de persoonlijke gegevens te verstrekken die wij vragen. Maar als u ons die gegevens niet verstrekt, zullen wij uw verzekeringspolis of uw schadegevallen niet kunnen beheren.

Voor elke van de hierboven opgesomde doelstellingen worden de gegevens ingezameld en verwerkt:

- in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van de persoonsgegevens,
- op basis van de wetgeving die geldt voor verzekeringen ofwel met uw instemming.

Wij delen deze gegevens met sommige van onze diensten binnen het strikte kader van hun taken. Het gaat om medewerkers van de diensten contractbeheer of schadegevallen, de juridische dienst en compliance (controle van de conformiteit) en de interne audit. Binnen de afgebakende context van de opgesomde doelstellingen en voor zover noodzakelijk, delen wij uw persoonlijke gegevens ook met uw makelaar, onze herverzekeraar, onze auditeurs, deskundigen, juridisch adviseurs en met de Belgische of buitenlandse administraties (pensioenen, Belgische of buitenlandse belastingoverheden in het raam van onze reportingverplichtingen FATCA en CRS, sociale zekerheid, controleoverheden.

Om veiligheidsredenen en om uw gegevens op te slaan of onze informaticatoepassingen te beheren, moeten wij uw persoonsgegevens soms overdragen aan een andere gespecialiseerde vennootschap van de Groep Allianz binnen of buiten de Europese Unie. De Groep Allianz heeft voor deze overdrachten zeer strenge regels bepaald die werden goedgekeurd door de overheden voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en die Allianz Benelux naleeft. Deze regels maken de verbintenis uit die de Groep Allianz en Allianz Benelux zijn aangegaan om de verwerking van uw persoonsgegevens op een correcte manier te beschermen, waar die zich ook bevinden.

Welke rechten hebt u op het gebied van uw persoonsgegevens?

- het recht van toegang,
- het recht die te laten verbeteren indien zij onjuist of onvolledig zijn,
- het recht die te laten wissen in bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer zij niet langer noodzakelijk zijn voor het doel dat werd nagestreefd bij hun inzameling of verwerking,
- het recht op beperking van de verwerking in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld de beperking van het gebruik van gegevens waarvan u de juistheid betwist in de periode waarin wij die moeten controleren,
- het recht een klacht in te dienen bij de bevoegde overheid,
- het recht u te verzetten tegen de verwerking,
- het recht op overdraagbaarheid van uw persoonsgegevens, meer bepaald het recht om uw persoonsgegevens in een gestructureerde, gangbare en leesbare vorm te verkrijgen of die onmiddellijk aan een andere verwerkingsverantwoordelijke over te dragen,
- het recht uitleg te krijgen over geautomatiseerde beslissingen,
- het recht om uw instemming met de verwerking van uw gegevens op elk moment in te trekken.

Profilering en geautomatiseerde besluitvorming.

In samenwerking met onze externe partners verzamelen wij gegevens in op sociale netwerken, om profielen te bepalen van prospecten naar wie wij commerciële aanbiedingen versturen en die deze laatsten altijd kunnen weigeren. In overleg met de betrokkenen verzamelen wij soms ook geolocatiegegevens.

Wij geven klanten of prospecten soms ook toegang tot premieberekeningsmodules zodat zij prijzen kunnen vergelijken en contact opnemen met een makelaar van hun keuze of met ons, of tot modules om hun financieel profiel af te lijnen en zo te bepalen of onze beleggingsverzekeringen interessant kunnen zijn voor hen en dan eventueel contact op te nemen met een makelaar van hun keuze of met ons.

De klanten en de prospecten hebben altijd het recht ons meer uitleg te vragen over de logica van deze modules of profilering.

Bewaring van uw persoonsgegevens.

Wij bewaren uw persoonsgegevens zolang als noodzakelijk voor de hoger aangehaalde doelstellingen of zolang een wet dat eist. De bewaartermijn van contractgegevens of gegevens over schadebeheer eindigt na afloop van de wettelijke verjaringstermijn die volgt op de afsluiting van het laatste schadegeval dat gedekt is door de verzekeringsovereenkomst. De bewaartermijn verschilt dus sterk van verzekering tot verzekering.

Vragen, uitoefening van uw rechten en klachten.

Al uw vragen over de verwerking van uw persoonsgegevens stuurt u ofwel via mail naar privacy@allianz.be, ofwel via de post naar : Allianz Benelux NV, Juridische dienst en compliance/Gegevensbescherming, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel, België. Gelieve ons ook een recto-verskopie van uw identiteitskaart te sturen. Wij antwoorden u persoonlijk. Elke klacht over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u naar de bovenstaande post-en mailadressen sturen, of naar de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, www.privacycommission.be.

Specifieke toestemming: verwerking van gegevens over de gezondheid

Door dit document te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van de persoonsgegevens over uw gezondheid door de Medische dienst van onze maatschappij en door de personen die daartoe gemachtigd zijn, indien de verwerking noodzakelijk is voor het beheer van het contract of een schadegeval. Zonder de toestemming voor de verwerking van gegevens over de gezondheid, kunnen wij uw verzekeringspolis onmogelijk beheren indien het gaat om een lichamelijke waarborg of een schadegeval gezondheid.

De personen ten gunste van wie u een verzekering hebt onderschreven, zullen wij inlichten en ook hun akkoord vragen voor de verwerking van hun persoonsgegevens over de gezondheid bij het beheer van risico-evaluatie of van een eventueel schadegeval.

Voor meer informatie kan u altijd terecht op de pagina "Bescherming van persoonsgegevens" van onze website <https://allianz.be/persoonsgegevens>.

