



Conditions générales

Individuelle Accidents Corporels

PREMIERE PARTIE

Votre contrat	5
.....	
Article 1 Objet du contrat	6
Article 2 Personnes ayant la qualité d'assuré	6
Article 3 Montants assurés	6
Article 4 Etendue territoriale	6
Portée des garanties	6
.....	
Article 5 Garantie décès	6
Article 6 Garantie invalidité permanente	7
Article 7 Garantie incapacité temporaire	7
Article 8 Garantie frais de traitement	8
Article 9 Etendue de la garantie dans certains cas particuliers Sports – Moyens de transport	8
Article 10 Exclusions	9

DEUXIEME PARTIE

Le règlement du sinistre	10
.....	
Article 11 Procédure en cas de sinistre	10
Article 12 Choix du médecin	10
Article 13 Expertise médicale	10
Article 14 Etat antérieur	11
Article 15 Non-cumul des prestations	11
Article 16 Abandon de recours	11

TROISIEME PARTIE

Administration et vie de votre contrat	12
Article 17 Description du risque	12
Article 18 Description inexacte ou incomplète du risque ou aggravation de celui-ci	12
Article 19 Diminution du risque	12
Article 20 Prime	13
Article 21 Prise d'effet et durée du contrat	13
Article 22 Possibilités de résiliation en cours de contrat	13
Article 23 Formes de résiliation et leur prise d'effet	14
Article 24 Modifications des conditions et/ou du tarif	14
Article 25 Indexation	14
Article 26 Communications et notifications réciproques	14
Article 27 Hiérarchie des conditions	14
Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées	15
Contrôle des assurances	15

► **PREMIERE PARTIE**

Votre contrat

Dans ce contrat :

Nous

désigne l'entreprise d'assurances.

Vous

désigne le preneur d'assurance, c'est-à-dire la personne physique ou morale qui conclut le contrat avec nous.

Assuré

désigne la personne sur qui repose le risque.

Bénéficiaire

désigne la personne ayant droit à la prestation d'assurance prévue au contrat.

Accident

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

Sont assimilées à un accident, les lésions provenant d'un effort violent à condition qu'il soit établi que ces lésions ne sont pas dues à l'état antérieur de l'assuré.

Sont également couvertes :

- les conséquences de l'inhalation de gaz ou de vapeurs;
- les conséquences de l'absorption de substances toxiques ou corrosives;
- la noyade;
- les brûlures;
- les altérations de l'état de santé présentant des symptômes objectifs contrôlables par examen médical, à condition qu'elles soient la conséquence directe et exclusive d'une lésion accidentelle garantie;
- les lésions ou le décès survenus en cas de légitime défense ou au cours de sauvetage justifié de personnes ou de biens.

Pour les médecins, dentistes, vétérinaires et personnels paramédicaux, la définition de l'accident est étendue aux infections contractées dans l'exercice de la profession déclarée et dues à un agent infectieux ayant pénétré dans l'organisme par une lésion externe.

1 Objet du contrat

Nous garantissons le paiement des prestations prévues au contrat lorsque l'assuré est victime d'un accident.

2 Personnes ayant la qualité d'assuré

Ont la qualité d'assuré la ou les personne(s) désignée(s) aux conditions particulières.

3 Montants assurés

Les montants assurés sont indiqués aux conditions particulières.

4 Etendue territoriale

Nous garantissons l'assuré dans le monde entier pour autant qu'il ait sa résidence habituelle en Belgique.

Portée des garanties

5 Garantie décès

1. Paiement et bénéficiaires

Lorsque les conséquences de l'accident entraînent le décès de l'assuré dans un délai de 5 ans à compter du jour de l'accident, nous versons, dans les 15 jours de la remise des pièces justificatives, le capital assuré aux bénéficiaires désignés aux conditions particulières.

S'il n'y a pas de bénéficiaires désignés, le capital est payé au conjoint cohabitant, à défaut aux enfants par parts égales et éventuellement aux petits-enfants venant par représentation, à défaut aux père et/ou mère, à défaut aux frères et soeurs par parts égales et éventuellement à leurs descendants venant par représentation. A défaut nous remboursons uniquement les frais funéraires justifiés jusqu'à concurrence du capital assuré, à la personne qui les a effectivement pris en charge.

2. Extensions

Si l'assuré et son conjoint décèdent des suites d'un même accident couvert, la part revenant aux enfants à leur charge au moment du décès est doublée.

Si l'assuré disparaît à la suite d'un accident survenu au transport public dans lequel il a pris place ou suite à une catastrophe naturelle survenue à l'étranger, et que trois mois après l'événement, la preuve officielle du décès ne peut pas encore être fournie, nous versons néanmoins le capital assuré.

6 Garantie invalidité permanente

1. Détermination du degré d'invalidité

Le degré de l'invalidité permanente causée par l'accident est déterminé lors de la consolidation mais au plus tard 3 ans après le jour de l'accident, conformément au Barème Officiel Belge des Invalidités (BOBI) en vigueur au moment de la consolidation, sans tenir compte de la profession exercée.

Sauf si le preneur d'assurance a opté pour une formule progressive, toute invalidité de minimum 67 % est considérée comme une invalidité de 100 %.

2. Détermination et paiement de la prestation assurée

Nous payons à l'assuré, dans les 15 jours de la détermination définitive du degré d'invalidité et sur base de celui-ci, tout ou partie du capital assuré.

Cependant, si un an après l'accident, notre médecin-conseil estime que la détermination définitive du degré d'invalidité n'est pas encore possible, nous payons une provision égale à la moitié du capital correspondant à l'invalidité présumée.

Si une franchise est prévue aux conditions particulières, aucune prestation n'est due pour les invalidités inférieures ou égales à celle-ci; les invalidités supérieures restant entièrement prises en charge.

Si le preneur d'assurance a opté pour une formule progressive, la prestation est calculée comme suit :

- sur base du capital assuré, pour la part d'invalidité ne dépassant pas 25 %;
- pour la part d'invalidité comprise entre 26 % et 50 % inclus, sur base du double du capital assuré (formule 225) ou sur base du triple du capital assuré (formule 350);
- pour la part d'invalidité comprise entre 51 % et 100 % inclus, sur base du triple du capital assuré (formule 225) ou sur base du quintuple du capital assuré (formule 350).

7 Garantie incapacité temporaire

Lorsque l'accident est cause d'une incapacité temporaire, l'assuré a droit, à partir du lendemain de l'expiration d'un délai de carence de 7 jours – ce délai prenant cours à la date reprise sur le premier certificat médical et mentionnant le début de l'incapacité temporaire – au montant journalier assuré, proportionnellement au degré d'incapacité fixé par le médecin.

Cependant, si la déclaration de sinistre n'est pas faite dans les 14 jours à dater du jour de l'accident, le délai de carence ne prend cours que le jour où nous avons reçu la déclaration.

En cas d'hospitalisation d'au moins 48 heures, aucun délai de carence n'est d'application.

Le montant journalier est versé durant la durée de l'incapacité temporaire mais pendant maximum 365 jours consécutifs ou non et sans jamais dépasser le délai de 3 ans à compter du jour de l'accident. Il est payé mensuellement à terme échu.

Si l'assuré est une personne qui vit seule ou uniquement avec des enfants de moins de 14 ans à sa charge, l'indemnité versée en cas d'incapacité temporaire totale est augmentée de 50 % sans que cette augmentation ne puisse dépasser 24,79 EUR par jour d'incapacité temporaire.

8 Garantie frais de traitement

Nous remboursons à l'assuré tous les frais de traitement prestés ou prescrits par un médecin et indispensables à sa guérison à concurrence de la somme indiquée aux conditions particulières et jusqu'à la consolidation des lésions, mais au maximum pendant 3 ans à compter du jour de l'accident.

En cas d'hospitalisation de plus de 48 heures, nous payons immédiatement une provision de 247,89 EUR, sur présentation d'un justificatif émanant de l'hôpital ou du médecin traitant.

Dans la somme assurée pour les frais de traitement, sont également compris :

- les frais de transport médicalement nécessaire;
- les frais de prothèse provisoire ou d'appareil orthopédique provisoire et/ou de première prothèse ou de premier appareil orthopédique;
- les frais de toute chirurgie esthétique pour autant que l'intervention soit demandée par l'assuré afin de remédier aux séquelles provoquées par un accident couvert, à l'exclusion de toutes autres conséquences de cette intervention esthétique;
- les frais funéraires, y compris les frais afférents au transfert de la dépouille de l'assuré à l'endroit où la famille souhaite le faire inhumer;
- le remboursement des frais de recherche de l'assuré victime d'un accident couvert ainsi que les frais de son rapatriement en Belgique.

Ces garanties sont acquises en complément et après épuisement des interventions dues par des organismes de sécurité sociale ou similaires.

Dans le cas où, à défaut d'être en règle, l'assuré se voit refuser l'intervention de son organisme de sécurité sociale, notre intervention est calculée en déduisant du total des frais engagés, la part qu'aurait prise en charge l'organisme en question si l'assuré avait été en règle.

9 Etendue de la garantie dans certains cas particuliers

1. Sports

La pratique de tous les sports, sauf ceux réputés dangereux et repris à l'alinéa 3 ci-après, est couverte, même en compétition, pour autant que ces sports soient pratiqués en tant qu'amateur.

Toutefois et sauf stipulation contraire, les montants assurés sont réduits de 50 % en cas d'accident survenant lors de la pratique de la spéléologie, de la plongée sous-marine avec bouteilles, du rugby, du football, du football américain, des sports de combat ou de défense, du hockey sur gazon et sur glace, de la participation, entraînements et essais compris, à des concours et courses hippiques.

La garantie n'est pas acquise :

- lors de la pratique de sports dangereux tels que l'alpinisme ou autre sorte d'escalade extérieure, deltaplane, parachutisme, parapente, l'aviation de sport et ULM, saut à l'élastique et saut à ski, rafting, ski alpin hors piste;
- lors de la participation (y compris les entraînements et essais) à des courses et compétitions de vélos ou de véhicules à moteurs.

2. Moyens de transport

A l'exclusion de l'usage de motocyclettes lorsque l'assuré en est le propriétaire ou le conducteur habituel, l'utilisation de tous les moyens de transport terrestres, fluviaux ou maritimes est comprise dans l'assurance. L'assuré est également couvert en tant que passager d'un appareil de navigation aérienne, dûment autorisé pour le transport de personnes.

La conduite de véhicules à moteur n'est toutefois couverte que si l'assuré remplit les conditions légalement requises dans le pays de survenance de l'accident, et que le véhicule est conforme aux normes légales en vigueur en la matière.

La garantie reste acquise pour les accidents dus à une action de piraterie. Sont notamment considérés comme des actions de piraterie, le détournement du moyen de transport, les violences commises par des personnes se trouvant à bord, la prise d'otage dans le véhicule ou dans l'enceinte des lieux d'embarquement ou de débarquement, le car-jacking.

10 Exclusions

Ne sont pas couverts :

- les accidents ou lésions provoqués intentionnellement par l'assuré ou par le bénéficiaire;
- le suicide ou la tentative de suicide;
- les accidents dus à l'état d'ivresse de l'assuré ou dus à l'usage de médicaments non prescrits par un médecin ou de drogues;
- la participation à des troubles de tous genres tels que grèves, émeutes, attentats, troubles civils ou politiques, actes de violence à caractère collectif, politique ou idéologique;
- les accidents survenus durant et par le fait de l'accomplissement du service militaire, ou dus à des événements de guerre. Cependant, la garantie est maintenue pendant 15 jours à compter du début des hostilités à l'assuré surpris à l'étranger par le déclenchement de tels événements;
- les accidents résultant d'actes ou comportements téméraires ou périlleux;
- les dommages résultant directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes.
Sont cependant couvertes, les conséquences des irradiations médicales nécessaires pour le traitement de l'assuré suite à un accident garanti;
- les lombagos, les sciatiques et les varices;
- l'aggravation des conséquences d'un sinistre, qui résulterait de la négligence de l'assuré à suivre un traitement médical régulier.

► DEUXIEME PARTIE

Règlement du sinistre

Les articles suivants représentent, dans une suite logique, les étapes successives du règlement d'un sinistre couvert. Ils constituent tant les dispositions juridiques du contrat que la procédure à suivre.

11 Procédure en cas de sinistre

Pour nous permettre de régler au mieux le sinistre, certaines démarches sont indispensables.

Vous devez donc :

- nous déclarer le sinistre au plus tard dans les 8 jours de sa survenance ou, si ce délai ne peut être respecté, aussi rapidement que cela pourra raisonnablement se faire. Vous utiliserez dans la mesure du possible le formulaire mis à votre disposition et y joindrez un certificat médical mentionnant les lésions et, le cas échéant, les périodes et pourcentages d'incapacité;
- nous communiquer sans retard tous les renseignements et les documents utiles que nous vous demandons;
- autoriser le médecin et les délégués de la compagnie à rencontrer l'assuré afin de pouvoir procéder à toutes les constatations utiles;
- veiller à ce que l'assuré se soumette aux contrôles médicaux prescrits par la compagnie ou par son médecin-conseil.

Si une des obligations ci-dessus n'est pas remplie et que nous en subissons un préjudice, nous pouvons réduire notre prestation à concurrence du préjudice subi.

Si dans une intention frauduleuse, les obligations citées ci-dessus n'ont pas été remplies, nous pouvons décliner notre garantie.

12 Choix du médecin

L'assuré a le libre choix de son médecin.

13 Expertise médicale

Les causes du décès, de l'invalidité permanente ou de l'incapacité temporaire, le taux d'invalidité, la durée de l'incapacité, le cas échéant, la part du dommage attribuable exclusivement à l'accident et les frais de traitement, sont constatés à l'amiable.

En cas de désaccord, le bénéficiaire est libre de procéder à une contre-expertise. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin agissant en tant qu'expert, ainsi que la moitié des honoraires des spécialistes éventuellement consultés à la demande des experts.

Les experts sont dispensés de prestation de serment et de toute formalité judiciaire.

L'expertise ou toute autre opération faite dans le but de constater les dommages et/ou de fixer la prestation ne peut porter en rien préjudice aux droits et exceptions que nous pouvons invoquer.

14 Etat antérieur

Notre prestation ne porte que sur les suites directes et exclusives de l'accident.

Lorsque les conséquences d'un accident sont aggravées par des circonstances indépendantes du fait accidentel, telles que des infirmités ou maladies, la prestation due ne peut être supérieure à celle qui aurait été due s'il n'y avait pas eu ces éléments aggravants.

15 Non-cumul des prestations

Les prestations assurées en cas de décès et en cas d'invalidité permanente ne se cumulent pas.

Si la victime a déjà reçu, pour un même accident, une prestation au titre d'invalidité permanente, nous paierons, en cas de décès survenant dans le délai de 5 ans prévu à l'article 5.1., le capital "Décès" diminué du montant déjà versé pour autant que le décès soit la conséquence directe de l'accident.

Le paiement des montants afférents à l'incapacité temporaire est effectué sans préjudice de tous paiements dus en cas de décès ou d'invalidité permanente.

16 Abandon de recours

Nous renonçons à tout recours contre les responsables de l'accident, sauf en ce qui concerne la garantie frais de traitement.

Pour ce qui concerne l'indemnisation des frais de traitement, nous sommes, par le seul fait de la police, subrogés dans tous les droits et actions du bénéficiaire.

Toutefois, sauf en cas de malveillance, nous n'exercerons pas notre droit de subrogation relatif à ces frais de traitement, contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

Nous pouvons toutefois exercer notre droit contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

► TROISIEME PARTIE

Administration et vie de votre contrat

17 Description du risque

A la conclusion du contrat, vous êtes tenu de nous déclarer toutes les circonstances et éléments dont vous avez connaissance et que vous considérez raisonnablement comme étant de nature à influencer notre appréciation du risque. Ces éléments sont ceux à renseigner dans la proposition d'assurance.

Toute modification de ces éléments doit aussi nous être déclarée en cours de contrat et notamment la survenance d'une maladie ou infirmité grave telles que cécité, surdité, apoplexie, épilepsie, diabète, aliénation mentale, delirium tremens, paralysie.

Vous devez nous déclarer notamment si vous avez souscrit d'autres contrats de même nature pour un même assuré.

18 Description inexacte ou incomplète du risque ou aggravation de celui-ci

Dans le délai d'un mois   compter du jour où nous avons eu connaissance d'une description inexacte ou incomplète du risque ou de son aggravation, nous vous proposerons :

- soit de modifier le contrat avec effet au jour où nous en avons pris connaissance. Toutefois, si vous n'acceptez pas ces nouvelles conditions dans le mois, nous r silierons le contrat dans les 15 jours suivants;
- soit de résilier le contrat si nous prouvons que nous n'aurions jamais assuré ce risque.

Lorsqu'un sinistre survient avant l'adaptation ou la résiliation du contrat :

- si l'inexactitude ou l'omission ne peut vous être reprochée, nous n'appliquerons aucune sanction;
- si l'inexactitude ou l'omission peut vous être reprochée, nous ne fournirons notre prestation que dans le rapport entre la prime payée et la prime que vous auriez d  payer;
- si nous prouvons que nous n'aurions jamais assuré ce risque, nous ne fournirons aucune prestation et nous r silierons le contrat dans le mois en vous remboursant la totalité des primes payées depuis le moment où le risque est devenu inassurable;
- si l'inexactitude ou l'omission est commise intentionnellement pour nous induire en erreur sur l'appréciation du risque, nous ne fournirons aucune prestation et nous r silierons le contrat avec effet immédiat en conservant les primes déjà payées à titre de dommages et intérêts.

19 Diminution du risque

A partir du jour où nous avons connaissance que le risque de survenance d'un accident a diminué de façon sensible et durable au point que d'autres conditions auraient été consenties au moment de la conclusion du contrat, la prime sera diminuée en proportion. Vous conservez néanmoins le droit de résilier le contrat si vous refusez ces nouvelles conditions.

20 Prime

La prime, majorée des taxes, des cotisations et des frais, est payable par anticipation à la date d'échéance du contrat, sur simple présentation de la quittance ou à la réception de l'avis d'échéance.

En cas de défaut de paiement, vous recevrez une lettre recommandée valant mise en demeure.

Si la prime n'est toujours pas payée dans un délai de 15 jours à dater du lendemain de l'envoi de cette lettre, le contrat sera résilié ou les garanties seront suspendues selon ce qui y sera indiqué. Dans ce dernier cas, les garanties ne reprendront leur effet qu'au moment du paiement des primes dues, augmentées s'il y a lieu des intérêts et des frais de recouvrement.

Lorsque le contrat est résilié ou que la prime est diminuée quelle qu'en soit la cause, la prime payée afférente à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation ou de la diminution, est remboursée respectivement en totalité ou à concurrence de la diminution dans un délai de 15 jours à compter de cette prise d'effet.

21 Prise d'effet et durée du contrat

La date à laquelle le contrat prend cours ainsi que sa durée sont indiquées aux conditions particulières. Il se renouvelle tacitement pour des périodes successives d'un an sauf si l'une des parties le résilie au moins 3 mois avant l'expiration de la période en cours.

Si plus d'un an sépare la date de conclusion du contrat de celle de sa prise d'effet, chaque partie peut le résilier au plus tard 3 mois avant cette dernière date.

Le contrat prend fin de plein droit à l'échéance annuelle qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'assuré.

22 Possibilités de résiliation en cours de contrat

Vous pouvez résilier le contrat :

- si un mois après votre demande de révision de la prime suite à la diminution du risque, aucun accord n'est intervenu;
- après la survenance d'un sinistre et au plus tard un mois après le paiement ou notre refus de paiement de l'indemnité;
- si nous résilions partiellement le contrat, au plus tard dans le mois de la signification;
- en cas de modifications des conditions et/ou du tarif comme stipulé à l'article 24.

Nous pouvons résilier le contrat en tout ou en partie :

- en cas de description inexacte ou incomplète du risque ou de son aggravation comme stipulé à l'article 18;
- en cas de non-paiement de la prime comme stipulé à l'article 20;
- après survenance d'un sinistre et au plus tard un mois après le paiement ou notre refus de paiement de l'indemnité;
- en cas de promulgation de nouvelles dispositions du droit belge qui peuvent modifier l'étendue de la garantie;
- si vous avez souscrit une autre assurance de même nature.

23 Formes de résiliation et leur prise d'effet

La résiliation du contrat s'effectue soit par lettre recommandée, soit par exploit d'huissier, soit par remise d'une lettre contre récépissé.

La résiliation pour non-paiement de prime s'effectue selon les modalités prévues à l'article 20. Sauf dans les cas visés aux articles 20, 21, 24 et en cas de non-exécution frauduleuse des obligations imposées en cas de sinistre, la résiliation prendra effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification, de la date du récépissé ou du dépôt de la lettre recommandée.

24 Modifications des conditions et/ou du tarif

Si nous modifions nos conditions d'assurance et/ou notre tarif, nous pouvons les appliquer à l'échéance annuelle suivante, après vous en avoir avisé. Toutefois, vous pouvez résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de la modification, avec effet à la date d'échéance de votre contrat. Passé ce délai, les nouvelles conditions et/ou le nouveau tarif sont considérés comme acceptés.

Cette faculté de résiliation n'existe pas lorsque la modification des conditions et/ou du tarif résulte d'une adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies d'assurances.

25 Indexation

Sauf renonciation actée dans les conditions particulières, les montants assurés et la prime varient à l'échéance annuelle de la prime selon le rapport existant entre :

- l'indice des prix à la consommation établi par le Ministre des Affaires Economiques (ou tout autre indice que ce dernier lui substituerait) en vigueur le premier mois du trimestre qui précède le trimestre civil où se situe l'échéance annuelle et
- l'indice indiqué aux conditions particulières.

Le montant assuré en frais de traitement est adapté à concurrence d'une variation triple de celle appliquée aux autres montants.

Les montants assurés au moment de l'accident sont ceux qui correspondent à l'indice appliqué à l'échéance annuelle précédant celui-ci.

Vous avez la faculté de renoncer à l'indexation en nous informant de votre décision par lettre recommandée au moins trois mois avant l'échéance annuelle du contrat.

26 Communications et notifications réciproques

Vos communications et vos notifications doivent nous être envoyées à l'un de nos sièges d'exploitation.

Nos communications et nos notifications vous seront envoyées à la dernière adresse qui nous aura été communiquée.

27 Hiérarchie des conditions

Les conditions particulières complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

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, 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, 35, rue de Laeken 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 courriel mentionnées 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 votre contrat d'assurance, 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 <http://www.allianz.be/fr/protection-des-donnees-personnelles/Pages/qui-sommes-nous.aspx>

Avertissement.

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du Groupement d'intérêt économique Datassur, square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

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 à :

- Allianz Benelux S.A. :
 - par mail : plaintes@allianz.be ;
 - par fax : 02/214.61.71 ;
 - par lettre : Allianz Benelux S.A., 10RSGJ, rue de Laeken 35, 1000 Bruxelles.
- l'Ombudsman des Assurances :
 - par mail : info@ombudsman.as ;
 - par fax : 02/547.59.75 ;
 - par lettre : l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles.