

Conditions générales Easy Plan

Incapacité de travail

Assurance Collective



Votre Courtier
Votre meilleure
Assurance

Table de matière

Article 1 Parties intéressées à la convention.....	4
Article 1.1 Preneur d'assurance.....	4
Article 1.2 Entreprise d'assurances	4
Article 1.3 Assuré.....	4
Article 1.4 Convention d'assurance collective	4
Article 1.5 Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré	4
Article 1.6 Formalités médicales.....	4
1.6.1 Formalités médicales lors de l'acceptation ou de l'augmentation du risque	4
1.6.2 Preuve des revenus.....	5
Article 2 Garanties	5
Article 2.1 Garanties	5
Article 2.2 Conditions d'octroi des prestations.....	5
2.2.1. Qualité d'assuré	5
2.2.2. Bénéfice du droit à l'assurance obligatoire indemnités	5
2.2.3. Degré minimal d'invalidité	5
Article 2.3. Prestations.....	5
2.3.1. Montant des prestations	5
2.3.2. Début des prestations	6
2.3.3. Durée des prestations.....	6
2.3.4. Incapacité de travail après reprise du travail	6
2.3.5. Régimes spécifiques d'aménagement du temps de travail	6
Article 2.4 Déchéance des garanties en cas de sanctions économiques	6
Article 2.5. Risques non couverts	6
Article 2.6. Exclusions et limitations de garanties.....	7
Article 2.7. Risques non couverts sauf accord préalable de l'Entreprise d'Assurances	7
Article 3. Primes.....	8
Article 3.1. Paiement des primes	8
Article 3.2 Conséquences du non-paiement des primes.....	8
3.2.1. Non-paiement d'une prime individuelle, relative à un assuré	8
3.2.2. Non-paiement de la prime globale ou d'une partie de celle-ci	8
Article 4. Sinistres	8
Article 4.1. Sinistre.....	8
4.1.1. Déclaration de sinistre	8
4.1.2. Contrôle médical pendant l'incapacité de travail	9
Article 4.2. Expertise médicale	9
Article 4.3. Changement dans la situation de l'assuré	9
4.3.1. Modification du degré d'invalidité.....	9
4.3.2. Changement dans le statut de l'assuré	9
4.3.3. Prestations indues	9
Article 4.4. Modalités de paiement des rentes d'invalidité.....	9
Article 5. Dispositions diverses	10
Article 5.1. Prise d'effet de la convention	10

Article 5.2. Durée de la convention.....	10
Article 5.3. Modification de la convention	10
Article 5.4. Etendue territoriale	10
Article 5.5. Taxe annuelle	10
5.5.1. Accessibilité et gestion différencié.....	10
5.5.2. Calcul et encaissement de la taxe annuelle	10
Article 5.6. Régime fiscal des primes	10
Article 5.7. Notifications	11
Article 5.8. Loi applicable - Juridiction	11
Protection de la Vie privée et droits des personnes enregistrées	12
Avertissement.....	12
Traitement des plaintes	12
Définitions	13
1. Accident.....	13
2. Accident de la vie privée	13
3. Accident du travail.....	13
4. Assurance obligatoire indemnités.....	13
5. Assuré	13
6. Autres branches de la sécurité sociale	13
7. Convention d'assurance collective	13
8. Délai de carence.....	13
9. Entreprise d'Assurances	13
10. Incapacité de travail	13
11. Invalidité économique	13
12. Invalidité physiologique	14
13. Maladie.....	14
14. Preneur d'assurance	14
15. Rémunération annuelle	14
16. Repos de maternité.....	14
17. Risque.....	14
18. Sinistre.....	14

Article 1 Parties intéressées à la convention

Article 1.1 Preneur d'assurance

L'entreprise qui souscrit la convention.

Article 1.2 Entreprise d'assurances

Allianz Benelux s.a. - Rue de Laeken, 35 - 1000 Bruxelles

Article 1.3 Assuré

La personne

- qui remplit les conditions prévues à l'article 4 des conditions particulières, qui a effectivement été affiliée,
- et sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré, et qui bénéficie des garanties de la convention.

Article 1.4 Convention d'assurance collective

Le contrat est constitué par :

- les présentes conditions générales qui décrivent les garanties, les exclusions du contrat, les obligations des parties ainsi que les dispositions régissant ce type de contrat d'assurance ;
- les conditions particulières qui précisent les options et les obligations des parties ;
- les avenants éventuels signés de commun accord par le preneur d'assurance et l'Entreprise d'Assurances.

Article 1.5 Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré

Le preneur d'assurance et l'assuré sont tenus :

- de faire toutes déclarations et communications, par écrit, par fax ou par e-mail, au siège social de l'Entreprise d'Assurances afin de permettre la bonne exécution de la présente convention ;
- d'avertir au plus tôt l'Entreprise d'Assurances de toutes les modifications de la situation des assurés (affiliation, perte de la qualité d'assuré, incapacité de travail, décès...);
- de communiquer à l'Entreprise d'Assurances, tous les renseignements lui permettant d'établir le droit aux prestations déterminées par la présente convention.

Article 1.6 Formalités médicales

1.6.1 Formalités médicales lors de l'acceptation ou de l'augmentation du risque

L'Entreprise d'Assurances peut soumettre l'acceptation de nouveaux assurés ou une augmentation de garanties au résultat de formalités médicales.

En ce cas, une couverture provisoire pour le risque d'accident sera accordée entre le jour d'introduction de la demande d'acceptation de nouveaux assurés ou d'augmentation de garanties et celui de l'affiliation effective de l'assuré.

Cette couverture provisoire ne pourra cependant pas excéder un montant et un délai prévu dans les conditions particulières.

L'Entreprise d'Assurances déterminera ces formalités médicales en fonction des obligations légales et entre autres en fonction du caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation, du nombre de personnes à assurer et du montant des garanties à octroyer.

L'affiliation de l'assuré est subordonnée au fait que le résultat de ces formalités médicales soit reconnu comme favorable par le médecin-conseil désigné par l'Entreprise d'Assurances.

Des conditions spéciales peuvent aussi être retenues pour l'affiliation de certaines personnes ; ces conditions leur seront communiquées par courrier.

Toute affiliation devient effective dès le 1er jour du mois qui suit l'acceptation du risque par l'Entreprise d'Assurances et l'accord du membre du personnel sur les conditions qui lui ont été communiquées par courrier.

Une personne ayant été affiliée et ayant mis fin à son affiliation pour quelque raison que ce soit ne pourra être réaffiliée que moyennant une demande écrite adressée à l'Entreprise d'Assurances ainsi que sous réserve d'accord de celle-ci et du résultat de formalités médicales.

1.6.2 Preuve des revenus

L'Entreprise d'Assurances pourra déterminer le niveau des prestations demandées pour tout assuré en fonction des preuves de revenus qui lui seront fournies.

Article 2 Garanties

Article 2.1 Garanties

En cas d'invalidité économique résultant d'une maladie, d'une grossesse, d'un accouchement, d'un accident de la vie privée ou d'un accident du travail de l'assuré, la convention garantit les prestations définies aux conditions particulières et l'exonération du paiement des primes de la présente assurance.

Article 2.2 Conditions d'octroi des prestations

2.2.1. Qualité d'assuré

Tout affilié bénéficiant du droit à l'affiliation conformément à l'article 4 des conditions particulières et qui a effectivement été affilié, a la qualité d'assuré.

2.2.2. Bénéfice du droit à l'assurance obligatoire indemnités

Les prestations sont octroyées en vertu des conditions générales et particulières, si l'assuré relève d'un des régimes belges de sécurité sociale, et s'il bénéficie soit d'un droit à l'assurance obligatoire indemnités, soit d'un droit à indemnités pour accidents du travail.

Il faut en outre qu'il ne puisse être privé de ce droit par l'intervention d'une autre branche de la sécurité sociale (cf. rubrique Définitions « 6, b, c, d ») ou par le droit à une indemnité de rupture de contrat de travail. Dans ce dernier cas, les prestations seront suspendues durant la période correspondant au délai de préavis qui est ou aurait dû être effectivement accompli.

2.2.3. Degré minimal d'invalidité

Les prestations sont servies pour autant que l'assuré soit atteint d'une invalidité économique répondant aux conditions et aux taux minimaux précisés aux conditions particulières.

Article 2.3. Prestations

2.3.1. Montant des prestations

- L'importance des prestations versées dépend du degré de l'invalidité économique reconnu par le médecin-conseil de l'Entreprise d'Assurances.
Si le degré d'invalidité économique est égal ou supérieur à 67 %, l'incapacité de travail est considérée comme totale.
Le montant des prestations correspond dans ce cas aux montants assurés.
Lorsque le degré d'invalidité économique est inférieur à 67 %, l'incapacité de travail est partielle, et les prestations servies sont proportionnelles à ce degré.
- Pendant le repos de maternité, l'assurée a droit aux prestations relatives à cette période conformément aux conditions particulières.
- Lorsque l'incapacité de travail partielle déclarée est refusée par l'Entreprise d'Assurances sur la base des articles 2.5., 2.6. ou 2.7. des conditions générales, toute aggravation du degré d'invalidité ayant la même cause ne pourra jamais donner lieu à l'octroi de prestations.
- Lorsque l'incapacité de travail partielle déclarée est refusée par l'Entreprise d'Assurances sur la base des articles 2.5., 2.6. ou 2.7. des conditions générales, l'aggravation du degré d'invalidité qui pourrait survenir sur la base d'une autre cause reconnue par l'Entreprise d'Assurances donnera lieu à une indemnisation limitée au degré d'invalidité économique résultant de cette cause, et au maximum à la capacité de travail partielle existant au moment de la prise en charge par l'Entreprise d'Assurances.
- La rente octroyée sera diminuée des indemnités conventionnelles (sous quelque forme que ce soit) dont l'assuré pourrait bénéficier de la part du preneur d'assurance pendant la période d'incapacité de travail autre que l'indemnité de préavis.

2.3.2. Début des prestations

Le droit aux prestations ne s'ouvre qu'à l'expiration du délai de carence défini aux conditions particulières.

2.3.3. Durée des prestations

Les prestations sont servies au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail, et ce aussi longtemps que les conditions d'octroi sont remplies.

Les prestations prennent donc fin :

- en cas de réduction des taux d'invalidité en dessous des minima précisés aux conditions particulières ;
- au terme du service des prestations tel que précisé aux conditions particulières ;
- à la date de prise de cours de la pension ou de la prépension et de tout autre régime qui puisse y être assimilé ;
- au décès de l'assuré ;
- à la fin de la période précisée aux conditions particulières pour la durée des prestations.

2.3.4. Incapacité de travail après reprise du travail

Une nouvelle période d'incapacité de travail pour la même cause intervenant dans les 30 jours suivant la date de reprise du travail ne donne pas lieu à application d'un nouveau délai de carence.

Si au contraire elle intervient après l'écoulement de ce délai de 30 jours suivant la reprise du travail, elle est considérée comme une nouvelle incapacité de travail pour l'application du délai de carence.

2.3.5. Régimes spécifiques d'aménagement du temps de travail

Si le travailleur interrompt partiellement son travail auprès du preneur d'assurance parce qu'il bénéficie d'un régime spécifique d'aménagement du temps de travail, les prestations dues sont calculées sur la rémunération de référence proportionnelle à la durée du temps de travail effectivement presté.

Les garanties du contrat ne sont pas acquises si le travailleur interrompt totalement son travail auprès du preneur d'assurance pendant une période déterminée.

Article 2.4 Déchéance des garanties en cas de 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.

Article 2.5. Risques non couverts

Les garanties ne sont jamais acquises pour un sinistre :

- résultant d'un événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante, ou de tout autre événement à caractère militaire ;
- résultant d'une activité terroriste par laquelle on entend une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, économiques ou sociales, exécutée individuellement ou en groupe, et qui attente à l'intégrité physique des personnes en vue d'impressionner le public ou de créer un climat d'insécurité et dans laquelle sont impliquées des substances NBCR (substances nucléaires, biologiques, chimiques, radioactives). Il s'agit de tout acte délibéré et illégal qui inclut, implique ou auquel est associé, globalement ou en partie, l'usage ou le lâchage d'agents, de substances, d'instruments ou d'armes nucléaires, biologiques, chimiques ou radioactifs ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit ;
- résultant d'une tentative de suicide ;
- résultant de l'acte intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- résultant d'ivresse, d'intoxication alcoolique, d'alcoolisme ou de toxicomanie ou survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, de produits hallucinogènes ou d'autres drogues, sauf s'il est établi qu'il n'existe aucun rapport de causalité entre ces états et l'invalidité ou que ces états sont la conséquence de prescriptions médicales ;

- résultant de 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 ;
- résultant de la préparation ou de la participation à des manifestations sportives en tant que sportif rémunéré¹.

Article 2.6. Exclusions et limitations de garanties

- Risques préexistants :
 - les prestations ne sont pas dues pour toute période d'incapacité de travail totale ou partielle en cours au moment de l'affiliation. Toutefois, après un an de reprise totale du travail, une incapacité de travail résultant de la même cause pourra ouvrir le droit aux prestations prévues par la présente convention ;
 - les prestations ne sont pas dues lorsque l'incapacité de travail débute pendant la première année d'affiliation et résulte d'une maladie existant au moment de l'affiliation ou d'un accident survenu avant l'affiliation à la présente convention, ou d'une grossesse existant au moment de l'affiliation et qui s'étaient déjà manifestés par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués. Toutefois, après un an de reprise totale du travail, une incapacité de travail résultant de la même cause pourra ouvrir le droit aux prestations prévues par la présente convention.
- Les prestations pour cause d'invalidité résultant de troubles du psychisme ne pourront être octroyées que pendant une durée maximale de deux années consécutives ou non, cumulées à partir de la première invalidité, sur toute la durée de la présente convention.
- Les prestations ne sont pas dues en cas d'invalidité résultant de la pratique de la navigation aérienne à l'exception des passagers sur vols civils.

Article 2.7. Risques non couverts sauf accord préalable de l'Entreprise d'Assurances

Les garanties de la présente convention ne peuvent être octroyées que sur la base de l'accord préalable de l'Entreprise d'Assurances pour :

- la préparation ou la participation à des compétitions des sports suivants :
 - arts martiaux ;
 - sports équestres ;
 - haltérophilie et body building ;
 - motonautisme (courses de bateaux) ;
 - sports moteurs (véhicule à 2 ou plus de 2 roues) ;
 - ski alpin, snowboard, ski bob ;
 - motoneige et snow cross ;
 - jet ski, surf, ski nautique, planche à voile.
- la pratique de sports notoirement dangereux et, entre autres :
 - boxe ;
 - alpinisme et escalade (sauf trekking et mur d'escalade) ;
 - spéléologie ;
 - plongée subaquatique ;
 - sports aériens tels que le deltaplane, le vol à voile, l'U.L.M., le parapente et le parachutisme ;
 - bobsleigh ;
 - ski hors piste ;
 - sports extrêmes tels que le base jump, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, le ski extrême, etc.
 - voile transocéanique...
- la pratique de la moto en amateur est couverte et ne donne pas lieu à l'application d'une surprime. Toutefois les indemnités dues en cas d'accident seront réduites de 30 %.

¹ Au sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré.

- le risque de séjour : lorsque l'assuré se rend à l'étranger pour des raisons professionnelles, en dehors des pays de l'Union européenne, l'accord préalable de l'Entreprise d'Assurances peut être assorti de conditions comme une surprime et/ou un délai de carence pour risque aggravé dans le pays ou la région où l'assuré se rend.

Article 3. Primes

Article 3.1. Paiement des primes

Le preneur d'assurance est redevable des primes, et les paie globalement à l'Entreprise d'Assurances. Les primes sont annuelles et payables d'avance.

Elles peuvent être payées par fractions mensuelles à terme échu. Elles sont dues dès le 1er jour du mois d'assurance au cours duquel a lieu l'affiliation.

Les primes sont dues également pour tout affilié reconnu en incapacité de travail par l'assurance obligatoire indemnités ou l'assurance obligatoire accidents du travail mais qui n'est pas indemnisé (partiellement ou totalement) conformément aux dispositions de la présente convention.

Les primes sont majorées de tous suppléments tels que taxes ou cotisations, actuelles ou futures.

Article 3.2 Conséquences du non-paiement des primes

3.2.1. Non-paiement d'une prime individuelle, relative à un assuré

L'assuré perd sa qualité d'assuré le mois qui suit le non-paiement de la prime réclamée sur le bordereau de prime.

3.2.2. Non-paiement de la prime globale ou d'une partie de celle-ci

En cas de non-paiement d'une prime annuelle ou d'une ou plusieurs fraction(s) mensuelle(s) de celle-ci, l'Entreprise d'Assurances envoie au preneur d'assurance une mise en demeure recommandée. Celle-ci octroie un nouveau délai, prévoit la suspension de la garantie et informe le preneur d'assurance de la résiliation du contrat d'assurance à défaut de paiement dans cette période.

Article 4. Sinistres

Article 4.1. Sinistre

4.1.1. Déclaration de sinistre

Dès que le preneur d'assurance a connaissance d'un événement susceptible d'ouvrir le droit aux prestations, une déclaration d'incapacité de travail doit être adressée à l'Entreprise d'Assurances, et ce au plus tard 15 jours après l'expiration du délai de carence.

Toutefois, l'assuré ne perd pas le droit aux prestations prévues par la convention si la déclaration est faite après ce délai pour autant que la preuve soit apportée qu'elle a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

A la réception de la déclaration d'incapacité de travail, l'Entreprise d'Assurances adresse à l'assuré une déclaration de maladie ou d'accident. Cette déclaration d'invalidité complétée, datée et signée par l'assuré doit être renvoyée à l'Entreprise d'Assurances dans un délai de 15 jours à dater de l'envoi, accompagnée des originaux des pièces justificatives, c'est-à-dire le (ou les) certificat(s) médical(aux) d'incapacité de travail ainsi qu'une attestation de la mutualité ou une attestation de l'assureur accident du travail précisant la période et le degré de l'invalidité.

Toutes les données d'ordre médical sont constatées par le médecin-conseil de l'Entreprise d'Assurances.

Sur la base de ces documents justificatifs et des renseignements fournis, le médecin-conseil juge de la réalité ainsi que du degré d'invalidité, et n'est pas lié par les degrés ou pourcentages fixés par tout autre organisme.

Si les documents ne permettent pas au médecin-conseil de l'Entreprise d'Assurances d'arrêter son opinion, l'assuré accepte de répondre favorablement aux examens médicaux qui lui seront demandés à cette fin.

L'Entreprise d'Assurances notifie sa décision à l'assuré. Cette décision est considérée comme acceptée si l'assuré ne lui signifie pas son désaccord dans les 15 jours de la notification.

En cas de désaccord, cette décision sera exécutée provisoirement dans l'attente du résultat de l'expertise.

4.1.2. Contrôle médical pendant l'incapacité de travail

L'Entreprise d'Assurances peut demander à l'assuré des renseignements sur l'évolution de l'invalidité. Elle dispose également du droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'assuré par un médecin agréé par elle, pour poursuivre le paiement des prestations.

Sauf en cas de force majeure, si l'assuré ne se soumet pas à ce contrôle dans les 30 jours de la convocation médicale, l'Entreprise d'Assurances pourra suspendre les prestations dès l'expiration de ce délai.

Le droit aux prestations sera à nouveau ouvert dès que l'assuré se sera soumis au contrôle médical demandé.

L'Entreprise d'Assurances ne prend pas en charge les frais de transport relatifs au contrôle médical.

Article 4.2. Expertise médicale

Toute contestation relative à la reconnaissance ou au degré d'invalidité tel que reconnu après examen médical de contrôle donnera lieu à une expertise médicale amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Ces deux médecins agiront en tant qu'experts conformément à la mission qui leur sera définie. En cas de désaccord entre les deux experts, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert.

Sauf en cas de force majeure, si 30 jours après l'envoi d'un rappel recommandé, l'une des parties reste en défaut de désigner son expert, ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur le choix du troisième expert, la partie la plus diligente pourra en demander la nomination auprès du président du Tribunal de 1^{ère} instance de l'arrondissement de son domicile ou siège social.

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.

Article 4.3. Changement dans la situation de l'assuré

Tout changement qui surviendrait dans la situation de l'assuré et pouvant avoir une incidence sur les prestations doit être signalé à l'Entreprise d'Assurances dans un délai de 15 jours :

4.3.1. Modification du degré d'invalidité

Le changement dans le degré d'invalidité entraîne une modification des prestations. Les prestations seront adaptées au degré d'invalidité au moment de la modification de celui-ci.

Les prestations pourront être réduites ou supprimées si le degré d'invalidité est diminué ou n'est plus justifié.

4.3.2. Changement dans le statut de l'assuré

Dans les cas précisés à l'article 6 des conditions particulières, lorsqu'une période d'incapacité de travail est en cours lors de la perte de la qualité d'assuré, l'Entreprise d'Assurances n'est redevable que des prestations établies, sur la base de l'incapacité de travail découlant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement survenus avant la résiliation de la convention ou avant la perte de la qualité d'assuré.

Les prestations établies au moment de la perte de la qualité d'assuré ne pourront en aucun cas être augmentées par la modification du taux d'invalidité qui pourrait être reconnue après la perte de la qualité d'assuré.

4.3.3. Prestations indues

Au cas où des prestations auraient été effectuées à tort, l'Entreprise d'Assurances n'ayant pas été informée à temps de la modification du degré d'invalidité ou du changement dans la situation de l'assuré, celle-ci se réserve le droit de récupérer les sommes indûment payées.

Article 4.4. Modalités de paiement des rentes d'invalidité

Les rentes d'invalidité sont payables par fractions mensuelles à terme échu à l'assuré, à ses héritiers ou à toute personne désignée expressément par lui.

Article 5. Dispositions diverses

Article 5.1. Prise d'effet de la convention

La convention prend effet à la date indiquée de commun accord aux conditions particulières, après signature de la convention par les cocontractants et paiement de la première prime.

Article 5.2. Durée de la convention

La convention est conclue jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit sa prise d'effet. La date de prise en cours de la convention est indiquée aux conditions particulières.

A la fin de cette première période, la convention se renouvelle tacitement pour une durée d'un an, sauf résiliation par lettre recommandée adressée par l'une des parties à l'autre, trois mois au moins avant la fin de l'année d'assurance en cours.

La prime mentionnée dans la présente convention peut être revue par l'Entreprise d'Assurances à la date d'échéance annuelle de la convention. L'Entreprise d'Assurances notifiera cette modification par lettre recommandée au preneur d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle de la convention. Dans ce cas, le preneur d'assurance peut résilier la convention dans les deux mois à dater de la notification faite par l'Entreprise d'Assurances.

Article 5.3. Modification de la convention

En cas de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires en matière de sécurité sociale ou d'assurance obligatoire sur les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail ou en matière de maladies professionnelles entraînant un alourdissement des prestations initiales de l'Entreprise d'Assurances, celle-ci 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 trois mois de la notification de la modification.

Article 5.4. Etendue territoriale

La convention sort ses effets dans le monde entier pour autant que l'assuré soit domicilié et réside principalement en Belgique et que le contrôle, tel que prévu à l'article 4.1., puisse être exercé en Belgique.

Article 5.5. Taxe annuelle

5.5.1. Accessibilité et gestion différencié

La présente convention répond aux conditions d'accessibilité prévues par la loi et de gestion différenciée tant pour les primes payées que pour les prestations.

5.5.2. Calcul et encaissement de la taxe annuelle

La taxe annuelle sur les contrats d'assurance est payée par le preneur d'assurance. Cette taxe est due sur les primes.

L'Entreprise d'Assurances procède au calcul de la taxe, à son encaissement, à sa déclaration et son transfert à l'autorité fiscale compétente.

Le preneur d'assurance communique à l'Entreprise d'Assurances tous les changements qui impliquent que l'Entreprise d'Assurances n'est plus susceptible d'encaisser la taxe.

Les modifications visées sont :

- pour un preneur d'assurance belge, le déménagement du siège social à l'étranger, sans le maintien d'une succursale, d'un établissement ou d'une présence permanente en Belgique
- pour un preneur d'assurance étranger, la fermeture d'une succursale, d'un établissement belge ou la disparition d'une présence permanente en Belgique.

Article 5.6. Régime fiscal des primes

La déductibilité des primes pour le preneur d'assurance est acceptée par l'administration fiscale puisque « Le présent contrat a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue dès lors un engagement collectif visé par l'art 52, 3°, b, 4^{ème} tiret du Code des impôts sur les revenus offrant un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident ou d'une maladie ».

Article 5.7. Notifications

Les notifications à faire au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse telle que communiquée à l'Entreprise d'Assurances.

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

Article 5.8. Loi applicable - Jurisdiction

Les contestations entre parties relatives à l'exécution de la convention relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Si le preneur d'assurance n'est pas établi en Belgique, seul le Tribunal de 1ère instance de Bruxelles est compétent.

La présente convention est soumise à la législation belge.

Protection de la Vie privée et droits des personnes enregistrées

Les données à caractère personnel communiquées à Allianz Benelux s.a. servent exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes. A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées.

L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre.

L'assuré accepte que le preneur et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion.

Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour Allianz Benelux s.a., selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service: Protection de la Vie Privée, Allianz Benelux s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé.

Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

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 base de l'article 496 du Code pénal.

Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée

- à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeüs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75, info@ombudsman.as, ou
- au service Médiation Clientèle de la compagnie Allianz Benelux s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/214.61.71, Mediation@allianz.be

sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Définitions

1. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré, et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

2. Accident de la vie privée

Un accident non visé par la législation sur les accidents du travail, c'est-à-dire qui ne s'est produit ni durant l'exercice de l'activité professionnelle ni sur le chemin du travail.

3. Accident du travail

Un accident visé par la loi du 3 juillet 1967 ou la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, c'est-à-dire qui s'est produit durant l'exercice de l'activité professionnelle ou sur le chemin du travail.

4. Assurance obligatoire indemnités

La couverture sociale légale dont bénéficie l'assuré en cas d'incapacité de travail, dans le cadre du régime de sécurité sociale dont il dépend.

5. Assuré

La personne qui remplit les conditions prévues aux conditions particulières, et sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré. A ce titre, elle bénéficie de la garantie de la convention.

6. Autres branches de la sécurité sociale

- a. Assurance obligatoire soins de santé;
- b. Allocations de chômage;
- c. Pensions de retraite et de survie;
- d. Assurance obligatoire contre les accidents de travail et les maladies professionnelles;
- e. Prestations familiales;
- f. Vacances annuelles.

7. Convention d'assurance collective

Elle est constituée par les présentes conditions générales, par les conditions particulières ainsi que par les avenants éventuels.

8. Délai de carence

Période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Entreprise d'Assurances, et dont la durée est précisée aux conditions particulières.

Le délai de carence s'applique lors de la survenance d'un sinistre, et prend cours au début de l'invalidité constatée médicalement.

9. Entreprise d'Assurances

Allianz Benelux s.a. - Rue de Laeken 35 - 1000 Bruxelles

Entreprise d'Assurances, agréée sous le numéro de code 0097 pour pratiquer les branches "Vie" et "non Vie" (A.R. du 04/07/1979 - M.B. du 14/07/1979, A.R. du 19/05/1995 - M.B. du 16/06/1995) - R.C.B. 574, B.C.E. Numéro d'entreprise 0403.258.197

10. Incapacité de travail

Période pendant laquelle l'assuré ne peut effectuer totalement ou partiellement le travail qu'il effectuait avant la survenance du sinistre.

Pendant cette période d'incapacité de travail, l'assureur versera une indemnité basée sur le degré d'invalidité économique pour autant que toutes les conditions d'octroi des garanties soient remplies.

11. Invalidité économique

Une diminution de la capacité de travail de l'assuré, consécutive à une invalidité physiologique. Le degré d'invalidité économique est apprécié en tenant compte uniquement des possibilités pour l'assuré de se réadapter dans une activité professionnelle compatible avec ses connaissances et ses aptitudes.

12. Invalidité physiologique

Une diminution de l'intégrité physique de l'assuré dont le degré est fixé par décision médicale en tenant compte du Barème Officiel Belge des Invalidités².

13. Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

14. Preneur d'assurance

L'entreprise qui souscrit la convention.

15. Rémunération annuelle

La rétribution perçue par l'assuré en contrepartie de son activité professionnelle exercée auprès du preneur d'assurance.

- Concernant les travailleurs salariés : il s'agit de tous les avantages en espèces ou évaluables en argent perçus par le travailleur au cours d'une année civile, et considérés comme de la rémunération passible du calcul des cotisations de sécurité sociale des travailleurs salariés³.
Toutefois, en cas de rémunération variable, celle-ci sera déterminée sur la base de la moyenne annuelle des rémunérations variables perçues au cours des trois dernières années civiles.
- Concernant les travailleurs indépendants : constitue la rémunération annuelle, l'ensemble des revenus visés à l'article 23 § 1er, 1° ou 2° ou à l'article 30, 2° du code des impôts sur les revenus et perçus au cours d'une même année civile.
Toutefois, en cas de rémunération variable, celle-ci sera déterminée sur la base de la moyenne annuelle des rémunérations variables perçues au cours des trois dernières années civiles. La rémunération annuelle de référence est précisée aux conditions particulières.

16. Repos de maternité

En régime « salariés », le repos de maternité correspond à la période pendant laquelle l'exécution du contrat de travail de l'assurée est suspendue afin de lui permettre de se reposer avant et après un accouchement (repos prénatal et postnatal) tout en ayant droit à une indemnité de l'assurance maladie invalidité en cas de repos de maternité.

En régime « indépendants », le repos de maternité correspond à la période pendant laquelle l'assurée ne peut exercer son activité professionnelle habituelle ni aucune autre activité professionnelle, et pour laquelle elle a droit à l'allocation de maternité auprès de sa mutualité.

17. Risque

Invalidité résultant d'une maladie, d'une grossesse, d'un accouchement, d'un accident de la vie privée ou d'un accident du travail.

Les risques couverts sont définis aux conditions particulières.

18. Sinistre

Chaque événement donnant lieu à la garantie de la présente convention.

² Ou de tout autre document officiel appelé à le compléter ou le remplacer.

³ Les avantages donnant lieu à une cotisation de solidarité (ex : avantage relatif à l'usage personnel et individuel d'un véhicule d'entreprise) ne sont donc pas pris en considération.