

VERZEKERINGEN PRECURA ASSURANCES

Entreprise d'assurances agréée pour les opérations d'assurance Accidents (branche 1a) et Maladie (branche 2).

Conditions générales

Assurance incapacité de travail **Precura**

Table des matières

DÉFINITIONS

CHAPITRE 1^{ER} - OBJET ET ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

Art 1^{er}. Objet de l'assurance

Art 2. Garanties

Art 3. Obligations de l'Assuré au moment de la souscription du Contrat d'assurance

Art 4. Délai d'attente

Art 5. Période de carence

Art 6. Changement de formule d'assurance

Art 7. Cessation de la profession et modification de la profession, des revenus ou du statut social

Art 8. Rechute

Art 9. Risques exclus

Art 10. Validité territoriale de la garantie d'assurance

CHAPITRE 2 – TRAITEMENT DU SINISTRE

Art 11. Déclaration d'un Sinistre

Art 11.1. Généralités

Art 11.2. Incapacité de travail

Art 12. Reconnaissance de l'Incapacité de travail et détermination du degré d'Incapacité de travail

Art 13. Obligations du Preneur d'assurance et de l'Assuré

Art 14. Contestations concernant des matières médicales (litiges)

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art 15. Début et durée de l'assurance

Art 16. Paiement de la Prime

Art 17. Non-paiement de la Prime

Art 18. Modification des conditions d'assurance et de Prime

Art 19. Résiliation du Contrat d'assurance

Art 20. Taxes, cotisations, impôts et frais

Art 21. Subrogation

Art 22. Adresses de correspondance – Domiciliation du Contrat d'assurance

Art 23. Droit applicable et tribunaux compétents

Art 24. Protection de la vie privée

Art 25. Plaintes – Service de l'Ombudsman des Assurances

Définitions

Accident:

Tout événement soudain dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme de l'Assuré et/ou de toute personne qui a un intérêt dans l'assurance et qui entraîne l'Incapacité de travail.

Accouchement:

Fin normale ou prématurée d'une grossesse de plus de 6 mois.

Affection:

Toute situation pathologique qui peut entraîner une diminution des capacités fonctionnelles.

Année d'assurance:

Période de 12 mois à compter de l'échéance annuelle, qui demeure inchangée en dépit de tout ajout ou modification quelconque. Lorsque la date d'entrée en vigueur du Contrat d'assurance ne coïncide pas avec l'échéance annuelle, la première Année d'assurance est la période située entre la date d'entrée en vigueur du Contrat d'assurance et la première échéance annuelle du Contrat d'assurance.

Assuré:

Personne sur la tête de laquelle repose le risque.

Compagnie:

Verzekeringen PRECURA Assurances, Association d'Assurances Mutuelles. Entreprise d'assurances agréée pour les opérations d'assurance Accidents (branche 1a) et Maladie (branche 2).

Contrat d'assurance:

Le Contrat d'assurance se compose de ces conditions générales et des conditions particulières. Lorsque les conditions particulières dérogent sur certains points à ces conditions générales, le contenu du texte des conditions particulières prime.

Délai d'attente:

Période qui commence à la date d'entrée en vigueur de la garantie et qui se termine à la date terme du Délai d'attente mentionnée dans les conditions particulières et pendant laquelle aucun droit à des prestations ne peut naître ou être demandé. Une Incapacité de travail qui naît ou qui trouve son origine pendant le Délai d'attente, ne donne aucun droit à des prestations.

Incapacité de travail:

Impossibilité physique ou psychique pour l'Assuré de continuer à exercer l'activité professionnelle qu'il exerce au moment où le Sinistre se produit. Cette impossibilité peut être temporaire ou permanente, partielle ou totale et est la suite d'une Maladie ou d'un Accident. Le degré de cette incapacité de travail est fixé sur base de constatations médicales.

Maladie:

Toute atteinte à la santé de l'Assuré qui ne résulte pas d'un Accident, qui présente des symptômes objectifs et qui est reconnue par un médecin qui soit en Belgique, soit dans le pays où l'Assuré se trouve au moment du constat de la Maladie, à l'autorisation légale d'exercer la médecine.

Marché général de l'emploi:

Groupe de professions auquel appartient l'activité professionnelle exercée par l'Assuré au moment où il est entré en Incapacité de travail et groupe des différentes professions que l'Assuré a pu exercer ou pourrait exercer sur base de sa formation professionnelle ou de son expérience acquise.

Médecin contrôleur:

Médecin qui examine un Assuré à la demande du Médecin-Directeur.

Médecin-Directeur:

Médecin, désigné par le Conseil d'Administration de la Compagnie, qui se charge d'examiner les dossiers des Assurés et les dossiers sinistre des Assurés en Incapacité de travail.

Période de carence:

Période mentionnée dans les conditions particulières, qui commence à la date de début du Sinistre reconnue par le Médecin-Directeur et pendant laquelle aucun droit à des prestations ne s'applique.

Preneur d'assurance:

Personne physique ou morale ayant conclu le Contrat d'assurance.

Prime:

Montant que la Compagnie demande en contrepartie de ses obligations, éventuellement majoré de la taxe sur la prime et des impôts et/ou des redevances complémentaires quelconques imposés par la loi ou par toute autre disposition réglementaire.

Sinistre:

Tout événement permettant de faire jouer les garanties du Contrat d'assurance.

Chapitre 1^{er} - Objet et étendue de l'assurance

ART 1^{ER}. OBJET DE L'ASSURANCE

Cette assurance a pour objet d'octroyer des indemnités journalières en cas d'Incapacité de travail reconnue suite à une Maladie ou un Accident, si l'Incapacité de travail est de plus de 65 % et à condition que l'Assuré ait cessé toute activité professionnelle personnelle.

ART 2. GARANTIES

Le montant de l'indemnité journalière choisie est précisé dans les conditions particulières.

Les indemnités journalières sont accordées tous les jours, à l'exception des dimanches et jours fériés légaux, et ce à l'expiration de la Période de carence.

Pendant la période d'Incapacité de travail reconnue, le Preneur d'assurance ou l'Assuré reçoit les indemnités journalières par mois calendrier, à terme échu, et ce au plus tard jusqu'à la date de fin prévue dans les conditions particulières ou jusqu'au moment de la reprise, également partielle ou temporaire, de l'activité professionnelle ou de toute autre activité lucrative ou rémunérée, ou jusqu'au moment de la mise à la pension.

Les indemnités journalières octroyées, cumulées avec d'autres revenus professionnels de remplacement éventuels, ne peuvent jamais dépasser le montant de 80% du revenu professionnel personnel normal brut pour une période comparable.

Si les conditions particulières prévoient une indemnité journalière en cas d'hospitalisation pendant la Période de carence, les indemnités journalières sont versées à partir du premier jour d'hospitalisation et ce pour toute la durée de l'hospitalisation.

Si les conditions particulières prévoient une indemnité journalière à rente croissante, l'indemnité journalière prévue est majorée après une année d'Incapacité de travail reconnue du pourcentage par an prévu dans les conditions particulières. Cette adaptation sera imputée pour la première fois le premier du mois suivant la date anniversaire de l'Incapacité de travail reconnue.

ART 3. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ AU MOMENT DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Pour pouvoir être accepté comme Assuré, le candidat Assuré doit:

- compléter et signer une proposition d'assurance;
- remplir des formalités médicales.

L'acceptation d'un Assuré s'effectue conformément à la politique d'acceptation d'application à ce moment.

Tous les examens médicaux demandés par la Compagnie sont effectués aux frais de la Compagnie.

ART 4. DÉLAI D'ATTENTE

A partir de la date d'entrée en vigueur de la garantie, un Délai d'attente de six mois est d'application.

Un délai d'attente de 24 mois est toujours prévu pour l'Incapacité de travail résultant d'une Maladie ou d'une Affection psychiques.

Aucun Délai d'attente n'est prévu en cas:

- d'une Incapacité de travail causée par un Accident;
- de passage à une autre formule d'assurance tel que prévu à l'article 6, pour autant que le Délai d'attente initial soit écoulé.

ART 5. PÉRIODE DE CARENCE

Pour toute Incapacité de travail reconnue, il est prévu une Période de carence dont la durée est déterminée par le Preneur d'assurance au moment de la souscription du Contrat d'assurance et qui peut s'élever à 8, 14, 30, 90, 180 ou 365 jours calendrier. La Période de carence choisie est fixée dans les conditions particulières.

ART 6. CHANGEMENT DE FORMULE D'ASSURANCE

Un Assuré qui n'est pas en Incapacité de travail, peut introduire à tout moment une demande afin de passer à une autre formule d'assurance.

Le passage à une formule d'assurance dont les indemnités journalières prévues sont plus élevées, s'effectue conformément à la politique d'acceptation d'application à ce moment.

Une modification de formule d'assurance n'est pas appliquée à l'Assuré qui, au moment où la modification de la formule d'assurance est introduite, est en Incapacité de travail.

ART 7. CESSATION DE LA PROFESSION ET MODIFICATION DE LA PROFESSION, DES REVENUS OU DU STATUT SOCIAL

Lorsqu'un Assuré met fin à sa profession, lorsque sa profession ou son statut social se modifie ou lorsque son revenu est modifié de manière importante, il doit en avertir la Compagnie dans un délai d'un mois. Dans les trente jours calendrier de la prise de connaissance de la cessation ou de la modification, la Compagnie a le droit d'adapter la formule d'assurance avec effet rétroactif au jour de la cessation ou de la modification, conformément à la nouvelle situation. Cette adaptation s'effectue conformément à la politique d'acceptation d'application à ce moment.

Lorsqu'un sinistre survient et que l'Assuré n'a pas informé la Compagnie de la cessation de sa profession ou de la modification de sa profession ou de son statut social ou de la modification importante de ses revenus:

- la Compagnie est tenue de fournir la prestation convenue lorsque l'absence de notification ne peut être reprochée à l'Assuré;
- la Compagnie n'est tenue de fournir la prestation que dans la proportion de la Prime payée par rapport à la Prime que l'Assuré aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération, dans le cas où l'absence de notification peut être reprochée à l'Assuré. Toutefois, si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation en cas de sinistre est alors limitée au remboursement de toutes les Primes payées;
- si l'Assuré a agi dans une intention frauduleuse, la Compagnie peut refuser sa couverture. Les Primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a pris connaissance de la négligence frauduleuse, lui échoient à titre de dommages-intérêts.

ART 8. RECHUTE

Une nouvelle Incapacité de travail qui apparaît dans les 30 jours calendrier suivant la fin de l'Incapacité de travail reconnue, est considérée comme la poursuite de la précédente Incapacité de travail, indépendamment du fait qu'elle soit ou non apparue pendant le Délai d'attente, à la condition qu'il s'agisse de la même Maladie ou du même Accident qui était à l'origine de la précédente Incapacité de travail.

En cas de rechute, aucune nouvelle Période de carence n'est appliquée.

ART 9. RISQUES EXCLUS

Le droit à des indemnités en cas d'Incapacité de travail n'est jamais accordé lorsque l'Incapacité de travail résulte:

- d'une Affection qui existait avant la conclusion du Contrat d'assurance, à condition qu'avant la conclusion du Contrat d'assurance un Médecin ait constaté cette Affection, ou les symptômes qui ont mené au diagnostic de cette Affection, et que l'Assuré les ait ressentis et qu'il n'en ait pas fait mention dans le questionnaire médical confidentiel, rempli à l'occasion de la conclusion du Contrat d'assurance. La Compagnie ne peut pas invoquer la réticence non intentionnelle ou les déclarations inexactes non intentionnelles de données concernant l'état de santé au moment de la conclusion du Contrat d'assurance, par exemple dans le questionnaire médical confidentiel, pour refuser ou limiter l'intervention après qu'une période de 24 mois à partir de l'entrée en vigueur du Contrat d'assurance soit écoulée lorsque ces données concernent une Maladie ou une Affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du Contrat d'assurance et qui n'ont pas été diagnostiqués pendant cette même période de 24 mois par un médecin;
- d'un Sinistre survenu pendant le Délai d'attente;

- d'une grossesse pendant la période de 7 semaines avant et 8 semaines après l'Accouchement ou la fausse couche; la cessation des activités doit néanmoins être notifiée à la Compagnie à partir du début de la période d'Incapacité de travail;
- d'un traitement à des fins purement esthétiques, sauf si la Compagnie a accordé son autorisation écrite préalable;
- d'un Accident survenu à l'occasion d'un exercice physique pendant une compétition ou une exhibition sportive pour laquelle l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour laquelle les participants perçoivent une rémunération d'une forme quelconque;
- de l'exercice d'un quelconque sport en tant que professionnel ou semi-professionnel recruté avec un contrat de travail de sportifs rémunérés, au sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré;
- d'un Accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport ou d'une activité où l'on s'expose à des risques exceptionnels, comme entre autres les courses de voitures ou de motos, les rallyes, les sports aériens, la plongée sous-marine, les activités spéléologiques et stratosphériques;
- d'une des fautes graves suivantes commises par l'Assuré:
 - état d'ivresse ou intoxication alcoolique de plus 1,5 pour mille;
 - être sous l'influence de drogues, de stupéfiants ou d'excitants;
 - consommation abusive de médicaments;
 - incitation à des paris ou à des défis ou participation à ceux-ci;
 - pratique d'activités sportives dans de telles circonstances que celles-ci sont considérées par des spécialistes comme des actes téméraires;
 - participation volontaire à des rixes ou autres actes de violence;
- d'actes ou de traitements téméraires que l'Assuré s'est lui-même infligé;
- d'un dol, plus particulièrement lorsque l'Assuré s'est volontairement blessé, fait blesser ou fait rendre malade;
- du fait que l'Assuré refuse de suivre le traitement médical approprié et les mesures nécessaires au rétablissement de sa santé;
- d'un fait de guerre, d'une guerre civile, d'une émeute ou d'une insurrection populaire;
- d'un Accident qui est la conséquence d'un état d'ivresse ou de la consommation de stupéfiants ou d'excitants ou d'un abus délibéré de médicaments, ou si l'Incapacité de travail résulte d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'un abus délibéré de médicaments;
- d'une exposition à des réactions atomiques nucléaires ou à de la radioactivité ou à des rayons ionisants qui ne font pas partie d'un traitement médical;
- de l'emploi d'armes ou d'engins nucléaires susceptibles d'exploser du fait de la modification de la structure du noyau atomique;
- du Syndrome de Fatigue Chronique (SFC) ou de la fibromyalgie.

Le droit à des indemnités est réduit si l'Incapacité de travail est couverte par une législation particulière, à l'exception de celle concernant l'assurance-maladie obligatoire, ou si cette Incapacité de travail trouve son origine dans la réduction de la capacité de travail donnant droit à une pension d'invalidité accordée en vertu d'une législation particulière.

ART 10. VALIDITÉ TERRITORIALE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

Les garanties s'appliquent dans le monde entier pour autant qu'au début de l'Incapacité de travail, l'Assuré ait son domicile et sa résidence principale en Belgique et pour autant que les contrôles prévus par les présentes conditions générales puissent toujours être effectués en Belgique.

Chapitre 2 – Traitement du Sinistre

ART 11. DÉCLARATION D'UN SINISTRE

Art 11.1. Généralités

La Compagnie ne se prévaudra pas du non-respect des délais indiqués ci-après si la déclaration a été effectuée aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible.

La Compagnie a le droit de demander toutes les informations et tous les renseignements concernant un Sinistre qu'elle juge utiles.

Art 11.2. Incapacité de travail

L'Incapacité de travail est supposée avoir pris cours à la date indiquée sur le certificat médical fourni par le médecin traitant. Ce certificat doit être remis au Médecin-Directeur ou envoyé par la poste au plus tard 4 jours calendrier avant l'expiration de la Période de carence, et au plus tard dans les 30 jours calendrier après le début de l'Incapacité de travail.

En cas de retard lors de la remise ou de l'envoi du certificat médical, l'Incapacité de travail est supposée prendre cours le jour de la remise ou du dépôt à la poste.

Le certificat médical du médecin traitant doit énoncer les éléments suivants:

- la date de début de l'Incapacité de travail et sa durée probable;
- les causes de l'Incapacité de travail et le tiers éventuellement responsable;
- la période d'hospitalisation éventuelle, avec sa date de début et sa date de fin;
- le diagnostic précis.

De plus, la Compagnie peut demander un certificat médical établi par le ou les mêmes médecins concernant le degré et la durée de l'Incapacité de travail. L'Assuré s'engage à demander à cette fin tous les renseignements nécessaires concernant son état de santé à son ou ses médecins traitants, et à les communiquer au Médecin-Directeur.

Les mesures nécessaires doivent être prises afin que le ou les Médecins contrôleurs désignés par la Compagnie puissent examiner en tout temps l'Assuré en Belgique. Ils doivent avoir la possibilité de réaliser toutes les tâches jugées nécessaires par la Compagnie, dans un délai de 30 jours calendrier à compter de la notification.

Si les obligations ci-dessus ne sont pas respectées, les prestations ne seront dues que pour autant que l'Incapacité de travail subie puisse encore être démontrée. La Compagnie peut refuser des prestations si les obligations n'ont pas été respectées dans une intention frauduleuse.

ART 12. RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET DÉTERMINATION DU DEGRÉ D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

La reconnaissance de l'Incapacité de travail et la détermination du degré d'Incapacité de travail sont effectuées par le Médecin-Directeur. Au cours de la première année d'Incapacité de travail, cette détermination se fait en fonction de la profession principale exercée par l'Assuré. Après un an d'Incapacité de travail, cette détermination se fait en fonction du Marché général de l'emploi.

ART 13. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DE L'ASSURÉ

Le certificat médical prolongeant une Incapacité de travail, doit être envoyé au plus tard dans les huit jours calendrier suivant la fin de la période d'Incapacité de travail; à défaut, le droit d'indemnisation est suspendu jusqu'au jour de la réception du certificat de prolongation. Le certificat médical doit indiquer clairement la durée probable de la prolongation. Le Médecin-Directeur détermine la durée et le degré de l'Incapacité de travail.

Pendant la période d'Incapacité de travail reconnue, sauf décision contraire du Médecin-Directeur, il faut envoyer au Médecin-Directeur, à la fin de chaque mois calendrier, un nouveau certificat médical conforme au modèle de la Compagnie.

La reprise du travail doit être communiquée à la Compagnie dans les 4 jours calendrier.

L'Assuré en Incapacité de travail qui souhaite conserver son droit à l'indemnisation, doit:

- communiquer immédiatement son admission dans un établissement de soins ou tout changement de résidence dans le pays; l'Assuré qui aura négligé d'effectuer cette notification sans motif valable, se verra imputer les frais de contrôle éventuels;
- obtenir pour tout séjour à l'étranger l'autorisation préalable de la Compagnie, même s'il s'agit d'un séjour pour un traitement ou une convalescence; le lieu et la date de chaque séjour doivent clairement être communiqués;
- en cas d'hospitalisation produire une attestation mentionnant la date de début et la date de fin de l'hospitalisation;
- répondre à toute convocation en vue d'un contrôle si l'Assuré peut quitter son domicile; l'Assuré qui ne peut répondre à la convocation, est réputé se trouver à son domicile ou dans les environs immédiats. L'Assuré en incapacité de travail ne peut s'opposer à des visites de contrôle à son domicile effectuées par un Médecin contrôleur.

Dans le cadre d'une convalescence, en cas de reprise partielle du travail, l'indemnité journalière peut être versée pendant une période limitée à concurrence d'un certain pourcentage, moyennant l'autorisation écrite préalable du Médecin-Directeur. Le Médecin-Directeur détermine la durée de cette période et le pourcentage de l'indemnité journalière.

ART 14. CONTESTATIONS CONCERNANT DES MATIÈRES MÉDICALES (LITIGES)

Une divergence de vues dans le cadre d'un Sinistre entre la Compagnie et l'Assuré à propos du degré ou de la durée de l'Incapacité de travail ou une divergence de vues à propos d'une question de nature médicale pourra être tranchée, de l'accord des parties, par une Expertise Médicale Amiable (EMA): chaque partie désigne un médecin; à défaut d'accord entre les deux médecins, un troisième médecin sera désigné entre eux de commun accord ou, à défaut, par le président du Tribunal de première instance du domicile du défendeur, à la requête de la partie la plus diligente.

L'Expertise Médicale Amiable se déroule en tenant compte des dispositions du Contrat d'assurance. Chaque partie paie les honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin seront supportés conjointement.

Chapitre 3 – Dispositions générales

ART 15. DÉBUT ET DURÉE DE L'ASSURANCE

Le Contrat d'assurance entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur prévue dans les conditions particulières mais pas avant la signature du contrat par les deux parties ni avant la réception du paiement de la première Prime.

Le contrat prend fin à la date terme prévue dans les conditions particulières.

ART 16. PAIEMENT DE LA PRIME

La Prime est payable sur présentation de l'avis d'échéance envoyé par la Compagnie. En cas de non-paiement de la Prime, l'article 17 des présentes conditions générales est appliqué.

La Prime n'est plus due après 1 an d'Incapacité de travail reconnue.

L'échéance annuelle de la Prime est mentionnée dans les conditions particulières.

ART 17. NON-PAIEMENT DE LA PRIME

Le non-paiement de la Prime à l'échéance peut entraîner la suspension de la couverture ou la résiliation du Contrat d'assurance sous condition que le Preneur d'assurance ait été mis en demeure.

Si la couverture est suspendue, il est mis fin à cette suspension lorsque le Preneur d'assurance a réglé les arriérés de Primes, majorés le cas échéant des intérêts légaux.

La suspension de la couverture ne porte pas atteinte au droit de la Compagnie d'exiger le paiement des Primes encore à échoir.

ART 18. MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET DE PRIME

La Compagnie peut adapter la Prime, la Période de carence ou les prestations à l'échéance annuelle de la Prime sur base de l'indice des prix à la consommation ou de l'indice médical.

La Compagnie peut également adapter la Prime, la Période de carence et les conditions de couverture dans les cas suivants:

- en cas de modification de la profession de l'Assuré;
- en cas de modification du revenu de l'Assuré;
- en cas de changement de statut social de l'Assuré dans le système de sécurité sociale;

pour autant que ces modifications ou changement aient une influence significative sur le risque et/ou les coûts ou l'étendue des prestations garanties;

- lorsque conformément à l'article 21 octies de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, à la demande des autorités de contrôle, le tarif doit être mis en équilibre.

Les obligations du Preneur d'assurance sont limitées aux obligations telles qu'elles résultent des statuts de la Compagnie et du Contrat d'assurance.

Le Preneur d'assurance doit payer la Prime. Si après épuisement des réserves il y a encore un déficit, le Conseil d'Administration peut décider d'imposer au Preneur d'assurance une Prime complémentaire dont le montant ne peut pas être supérieur à une fois la Prime annuelle.

ART 19. RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le Preneur d'assurance peut résilier le Contrat d'assurance chaque année à l'échéance annuelle de la Prime. La résiliation ne prendra effet que moyennant l'envoi à la Compagnie d'une lettre recommandée au plus tard 3 mois avant la date mentionnée à la phrase précédente.

La Compagnie peut résilier le Contrat d'assurance en cas de non-paiement de la Prime, en respectant l'article 17 des conditions générales.

ART 20. TAXES, COTISATIONS, IMPÔTS ET FRAIS

Les Primes sont majorées de la taxe annuelle sur les opérations d'assurance et des éventuelles cotisations imposées au Preneur d'assurance. Tous taxes, cotisations, impôts, frais ou redevances, qui, sous quelque dénomination que ce soit, peuvent être imposés par quelque autorité que ce soit, concernant les Primes encaissées, les sommes assurées ou les prestations à payer, seront intégralement à charge du Preneur d'assurance ou de l'Assuré.

ART 21. SUBROGATION

La Compagnie est subrogée à concurrence du montant des indemnités qu'elle paie dans les droits et actions du Preneur d'assurance ou de l'Assuré contre les tiers responsables. Si la subrogation ne peut avoir lieu au profit de la Compagnie en raison d'un acte commis par le Preneur d'assurance ou l'Assuré, la Compagnie peut lui réclamer le remboursement des indemnités versées au prorata du préjudice subi.

La Compagnie n'a pas de recours contre les ascendants ou les descendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'Assuré, ni contre les personnes habitant sous son toit, ses hôtes ou son personnel de maison, sauf en cas de dol. La Compagnie peut toutefois exercer un recours contre ces personnes si leur responsabilité est bel et bien couverte par un contrat d'assurance.

ART 22. ADRESSES DE CORRESPONDANCE – DOMICILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

La Compagnie élit domicile à son siège social. Le domicile du Preneur d'assurance et celui de l'Assuré sont élus de plein droit à la dernière adresse professionnelle connue par la Compagnie.

En cas de changement de domicile, le Preneur d'assurance et l'Assuré s'engagent à en avvertir par écrit la Compagnie, à défaut de quoi toute notification sera faite valablement au dernier domicile connu par la Compagnie.

Toute lettre recommandée envoyée par la Compagnie tient lieu de mise en demeure suffisante. Le récépissé de la poste prouve l'envoi. Les dossiers ou documents de la Compagnie prouvent le contenu de la lettre, pour autant que celle-ci ne soit pas produite par le Preneur d'assurance ou par l'Assuré.

ART 23. DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Les litiges relatifs à l'interprétation et à l'exécution du présent Contrat d'assurance relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges. La loi belge s'applique au présent Contrat d'assurance.

ART 24. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Le Preneur d'assurance et l'Assuré donnent à la Compagnie, responsable du traitement, l'autorisation de traiter leurs données à caractère personnel en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi relative à la vie privée). Ce traitement comprend entre autres la communication ou la transmission de données personnelles, si celle-ci s'avère nécessaire ou indiquée, à des tiers prestataires de services tels que les entreprises de réassurance. Ceux-ci peuvent être établis dans des pays appartenant à l'Espace Economique Européen, mais aussi dans des pays qui n'offrent pas nécessairement un niveau de protection équivalent à celui de la Belgique.

À titre exclusif pour le traitement en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurances tels que le traitement administratif des propositions d'assurance et du Contrat d'assurance, en ce compris le traitement des Sinistres, le Preneur d'assurance et l'Assuré marquent leur consentement formel en vue du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé. Ces données seront uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à celles-ci sera limité aux membres du personnel de la Compagnie qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches et à d'éventuels tiers prestataires de services dont l'intervention est nécessaire ou indiquée dans le cadre de l'exécution des tâches précitées, conformément à l'article 7 de la loi relative à la vie privée.

Le Preneur d'assurance et l'Assuré peuvent à tout moment s'opposer au traitement de leurs données à caractère personnel à des fins de « marketing direct » en s'adressant à la Compagnie.

Le Preneur d'assurance et l'Assuré ont accès à leurs données à caractère personnel et peuvent demander la rectification de données inexactes et la suppression de données dont le traitement est interdit.

Le Preneur d'assurance et l'Assuré peuvent consulter auprès de la Commission de protection de la vie privée le registre public des traitements automatisés de données à caractère personnel.

ART 25. PLAINTES – SERVICE DE L'OMBUDSMAN DES ASSURANCES

Si le Preneur d'assurance ou l'Assuré a une plainte à propos du présent Contrat d'assurance ou de son exécution, il peut la communiquer à la Compagnie.

Si la solution que la Compagnie propose, ne donne pas satisfaction, le litige peut être soumis au Service de l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs, 35, à B-1000 Bruxelles, www.ombudsman.as ou par mail: info@ombudsman.as.

Le dépôt d'une plainte ne prive nullement le Preneur d'assurance ou l'Assuré de la possibilité d'entreprendre une action en justice.

