

VERSION 01 01 2020

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 **Prevoca**

Table des matières

DEFINITIONS

CHAPITRE 1ER - OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

- Art 1er. Objet de l'assurance
- Art 2. Garanties
- Art 3. Garanties supplémentaires : Paquet confort
- Art 4. Obligations de l'Assuré au moment de l'Affiliation au Contrat d'assurance
- Art 5. Délai d'attente
- Art 6. Période de carence
- Art 7. Changement de formule d'assurance
- Art 8. Cessation de la profession et modification de la profession, des revenus ou du statut social
- Art 9. Rechute
- Art 10. Risques exclus
- Art. 10.1. Indemnités en cas d'Incapacité de travail
- Art. 10.2. Indemnité en cas de décès par Accident
- Art 11. Validité territoriale de la garantie d'assurance

CHAPITRE 2 – TRAITEMENT DU SINISTRE

- Art 12. Déclaration d'un Sinistre
- Art 12.1. Généralités
- Art 12.2. Incapacité de travail
- Art. 12.3. Décès par Accident
- Art. 12.4. Accouchement
- Art 13. Reconnaissance de l'Incapacité de travail et détermination du degré d'Incapacité de travail
- Art 14. Obligations du Preneur d'assurance et de l'Assuré
- Art 15. Contestations concernant des matières médicales (litiges)

CHAPITRE 3 – POURSUITE INDIVIDUELLE

- Art 16. Droit à la poursuite individuelle
- Art 17. Préfinancement de la poursuite individuelle

CHAPITRE 4 – DISPOSITIONS GENERALES

- Art 18. Début de l'assurance
- Art 19. Paiement de la Prime
- Art 20. Non-paiement de la Prime
- Art 21. Modification des conditions d'assurance et de Prime
- Art 22. Résiliation du Contrat d'assurance
- Art 23. Taxes, cotisations, impôts et frais
- Art 24. Subrogation
- Art 25. Adresses de correspondance – Domiciliation du Contrat d'assurance
- Art 26. Droit applicable et tribunaux compétents
- Art 27. Protection de la vie privée
- Art 28. 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 ou le décès. Les situations suivantes sont assimilées à un accident: la noyade involontaire, le décès consécutif au sauvetage de personnes ou de biens en péril, l'empoisonnement et l'asphyxie involontaires.

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.

Affiliation:

Processus à l'issue duquel un nouvel Assuré va faire partie du groupe d'Assurés du Contrat d'assurance. En complétant et signant le « Bulletin d'affiliation », le nouvel Assuré marque sa volonté de s'affilier au Contrat d'assurance. La Compagnie confirme l'affiliation et les conditions d'affiliation au moyen d'une Confirmation d'affiliation.

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.

Bénéficiaire:

Personne au profit de laquelle la prestation d'assurance est stipulée dans le cadre de la garantie « décès par Accident ».

Compagnie:

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

Confirmation d'affiliation:

Document signé par la Compagnie, qui confirme l'Affiliation et mentionne des informations personnalisées pour l'Assuré individuel.

Il contient entre autres les conditions individuelles d'affiliation, la Prime, le Bénéficiaire désigné par l'Assuré pour le capital en cas de décès par Accident et les prestations d'assurance.

Contrat d'assurance:

Le Contrat d'assurance se compose de ces conditions générales, du Règlement et de la Confirmation d'affiliation. Lorsque le Règlement déroge sur certains points à ces conditions générales, le contenu du texte du Règlement prime. Lorsqu'une Confirmation d'affiliation déroge sur certains points aux présentes conditions générales et/ou au Règlement, le contenu du texte de la Confirmation d'affiliation 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 la Confirmation d'affiliation 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.

État préexistant:

Maladie ou Affection qui existait déjà ou Accident qui a déjà eu lieu au moment de l’Affiliation au Contrat d’assurance à condition qu’en ce qui concerne la Maladie ou l’Affection, un médecin ait constaté cette Maladie ou Affection ou les symptômes qui ont mené au diagnostic de celle-ci, avant l’Affiliation.

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, a l’autorisation légale d’exercer la médecine. Une grossesse n’est pas considérée comme une maladie.

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 de la Compagnie.

Période de carence:

Période mentionnée dans le Règlement, qui commence à la date de début du Sinistre reconnue par la Compagnie 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.

Règlement:

Document qui est signé par le Preneur d’assurance et la Compagnie et qui complète et précise les conditions générales. Il contient entre autres une description plus précise des conditions d’affiliation, de la Prime, de l’adaptation de la Prime et des prestations assurées.

Sinistre:

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



Chapitre 1er - Objet et étendue de l'assurance

ART 1ER. 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 et ait suspendu ou arrêté l'exercice de tout mandat politique, administratif ou autre.

ART 2. GARANTIES

Le montant de l'indemnité journalière choisie est précisé dans la Confirmation d'affiliation.

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 le Contrat d'assurance 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.

Pour l'/les Incapacité(s) de travail qui est/sont la conséquence d'une Maladie ou Affection psychique, au total, c'est-à-dire pour toutes les périodes d'Incapacité de travail reconnue ensemble, des indemnités sont payées pendant maximum 2 années.

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

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

Si le Contrat d'assurance prévoit une indemnité journalière à rente croissante et une prime croissante, la prime et l'indemnité journalière prévue sont majorées chaque année à la date d'échéance de la prime du pourcentage prévu dans le Contrat d'assurance, étant entendu que l'indexation annuelle ne s'applique pas aux indemnités journalières pour un sinistre en cours au moment de la date d'échéance annuelle de la prime.

Ce Contrat d'assurance a pour but de compenser une perte de revenus du travail et est dès lors un engagement collectif tel que visé par l'article 52, 3°, b, quatrième tiret du Code des Impôts sur les Revenus 1992, qui offre un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail suite à accident ou maladie.

ART 3. GARANTIES SUPPLEMENTAIRES: PAQUET CONFORT

En payant une Prime supplémentaire, le Preneur d'assurance peut opter pour la conclusion d'une garantie supplémentaire Paquet confort. Ce choix est fixé dans le Règlement.

Le Paquet confort comprend les garanties suivantes:

- un montant égal au nombre d'indemnités journalières prévu dans le Règlement avec un maximum égal au montant maximal prévu dans le Règlement en cas d'Accouchement de l'Assurée;
- un montant fixé dans le Règlement en cas de décès par Accident. Le décès doit survenir dans l'année suivant l'Accident assuré qui en est la cause.

Le capital en cas de décès par Accident est payé au Bénéficiaire désigné par l'Assuré, tel qu'il a été fixé dans la Confirmation d'affiliation ou demandé dans le Bulletin d'affiliation ou, à défaut, à l'héritier ou aux héritiers testamentaire(s) ou, à défaut, aux héritiers légaux de l'Assuré jusqu'au 2ème degré.

En l'absence de Bénéficiaire désigné et d'héritiers testamentaires et légaux, les frais d'enterrement réellement pris en charge, sont remboursés jusqu'à concurrence de 2.500,00 euros à la personne physique qui les a exposés.

ART 4. OBLIGATIONS DE L'ASSURE AU MOMENT DE L'AFFILIATION AU CONTRAT D'ASSURANCE

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

- compléter et signer un Bulletin d'affiliation;
- 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 5. DELAI D'ATTENTE

Le Délai d'attente est mentionné dans le Règlement.

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

ART 6. PERIODE 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 14 ou à 30 jours calendrier. La Période de carence choisie est fixée dans le Règlement.

ART 7. 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 ou aux Assurés qui, au moment où la modification de la formule d'assurance est introduite, est ou sont en Incapacité de travail.

ART 8. 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 l'Affiliation à la formule d'assurance avec effet rétroactif au jour de la cessation ou de la modification, conformément à la nouvelle situation. Cette Affiliation 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 :

1. la Compagnie est tenue de fournir la prestation convenue lorsque l'absence de notification ne peut être reprochée à l'Assuré;
2. 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;
3. 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 9. 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.

L'ablation de matériel d'ostéosynthèse qui se rapporte à une Incapacité de travail reconnue précédente, est considérée comme un rechute.

ART 10. RISQUES EXCLUS

Art. 10.1. Indemnités en cas d'Incapacité de travail

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

- d'un Etat préexistant;
- d'un Sinistre survenu pendant le Délai d'attente;
- 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 minimum punissable;
 - 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;
- d'une tentative de suicide;
- d'abus de substances ;
- de l'implication soit en tant qu'auteur soit en tant que complice dans un délit pour lequel l'Assuré est inculpé ou condamné. Dans l'attente d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée la Compagnie tiendra en suspens toute intervention en faveur de l'Assuré. Dans l'hypothèse où la culpabilité de ce dernier serait établie de façon définitive, les éventuelles allocations auxquelles il pourrait prétendre, lui seront refusées;
- 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'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. 10.2. Indemnité en cas de décès par Accident

Le droit à l'indemnité en cas de décès par Accident n'est jamais accordé si l'Accident :

- résulte d'un suicide;
- résulte d'un acte délibéré ;
- résulte d'une confusion mentale;
- résulte d'une des fautes graves suivantes commises par l'Assuré :
 - état d'ivresse ou intoxication alcoolique minimum punissable;
 - 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;
- résulte d'actes ou de traitements téméraires que l'Assuré s'est lui-même infligé;
- est survenu pendant la conduite d'un aéronef, en ce compris les appareils de type U.L.M., ou pendant l'exercice d'une activité en rapport avec l'aéronef ou avec le vol;
- est survenu dans le cadre d'une profession ou d'une activité professionnelle dont la Compagnie n'a pas été informée;
- est 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;
- est survenu à l'occasion 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;
- est 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;
- est la conséquence ou dépend d'un fait de guerre, d'une guerre civile, d'une émeute ou d'une insurrection populaire;
- est la conséquence ou dépend 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;
- est la conséquence ou dépend de l'emploi d'armes ou d'engins nucléaires susceptibles d'exploser du fait de la modification de la structure du noyau atomique;
- a été provoqué par une catastrophe naturelle.

La personne qui a causé elle-même intentionnellement le décès par Accident ou qui a donné instruction à cet effet, n'a aucun droit au capital décès par Accident, ni à une partie de celui-ci.

ART 11. VALIDITE 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 12. DECLARATION D'UN SINISTRE

Art 12.1. Généralités

La Compagnie a le droit de demander toutes les informations et tous les renseignements concernant un Sinistre qu'elle juge utiles, telles que par exemple des preuves (fiscales) concernant le revenu professionnel avant, pendant et après le Sinistre.

Si le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré ne fournit pas l'information et/ou les renseignements demandés, la Compagnie peut refuser, suspendre ou arrêter son intervention.

Art 12.2. 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 conseil ou envoyé par la poste au plus tard 14 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 conseil.

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. 12.3. Décès par Accident

Lors d'une déclaration de décès par Accident, il faut remettre les documents suivants:

- une déclaration de sinistre mentionnant la date et les circonstances de l'Accident, les données relatives au procès-verbal de constat, le cas échéant le numéro de notice du dossier répressif qui a été ouvert ainsi que les suites qui lui ont été réservées, l'identité du notaire chargé de la liquidation de la succession;
- un certificat médical constatant le décès et en mentionnant la cause;
- une attestation de dévolution successorale;
- un extrait de l'acte de décès.

Art. 12.4. Accouchement

En cas d'Accouchement, il faut remettre un extrait de l'acte de naissance, le cas échéant un certificat médical constatant que l'enfant est mort-né.



ART 13. RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL ET DETERMINATION DU DEGRE D'INCAPACITE DE TRAVAIL

La reconnaissance de l'Incapacité de travail et la détermination du degré d'Incapacité de travail sont effectuées par la Compagnie. 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 14. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DE L'ASSURE

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. La Compagnie détermine la durée et le degré de l'Incapacité de travail.

Pendant la période d'Incapacité de travail reconnue, sauf décision contraire de la Compagnie, il faut envoyer au médecin conseil, 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 à concurrence du pourcentage convenu dans le Règlement et pendant une période limitée, moyennant l'autorisation écrite préalable de la Compagnie. La Compagnie détermine la durée de cette période et le pourcentage de l'indemnité journalière qui peut s'élever à maximum le pourcentage convenu dans le Règlement.

ART 15. CONTESTATIONS CONCERNANT DES MATIERES MEDICALES (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.

L'Expertise Médicale Amiable a la même valeur juridique qu'une expertise judiciaire.



Chapitre 3 – Poursuite individuelle

ART 16. DROIT A LA POURSUITE INDIVIDUELLE

Tout Assuré a le droit de poursuivre individuellement tout ou partie de la présente assurance lorsqu'il perd le bénéfice de cette assurance. Ce droit ne s'applique pas si l'Assuré perd le bénéfice de l'assurance incapacité de travail pour des motifs visés aux articles 59, 60, 69, 70, 72 et 79 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et, d'une manière générale, en cas de fraude.

Pour pouvoir exercer ce droit, l'Assuré doit avoir été affilié de façon continue pendant les deux années précédant la perte de l'assurance incapacité de travail poursuivie, auprès d'une ou de plusieurs assurances incapacité de travail successives.

Le Preneur d'assurance informe l'Assuré au plus tard dans les 30 jours après la perte du bénéfice de l'assurance incapacité de travail, par écrit ou de manière électronique, du moment précis de cette perte, de la possibilité de poursuivre individuellement l'assurance, des données de contact de la Compagnie ainsi que du délai dans lequel il peut exercer le droit à la poursuite individuelle.

ART 17. PREFINANCEMENT DE LA POURSUITE INDIVIDUELLE

En signant le présent Contrat d'assurance, le Preneur d'assurance s'engage à informer immédiatement tout (nouvel) Assuré du fait qu'il a la possibilité de payer individuellement une prime complémentaire.



Chapitre 4 – Dispositions générales

ART 18. DEBUT DE L'ASSURANCE

Le Contrat d'assurance entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur prévue dans le Règlement.
La date d'Affiliation d'un Assuré au Contrat d'assurance est indiquée dans la Confirmation d'affiliation.

ART 19. 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 20 des présentes conditions générales est appliqué.

L'échéance annuelle de la Prime est fixée au 1er janvier de chaque année calendrier.

ART 20. 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.

Si l'Assuré ne paie pas les montants qu'il est tenu de supporter, il ne peut pas bénéficier de la ou des couverture(s) choisie(s) individuellement.

La Compagnie peut demander des frais de recouvrement.

ART 21. MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET DE PRIME

La Compagnie peut adapter les conditions d'assurance avec l'accord du Preneur d'assurance.

La Compagnie peut augmenter la Prime à l'échéance annuelle conformément à l'article 12 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances.

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 22. RESILIATION 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 20 des conditions générales.

L'Assuré peut résilier mensuellement son Affiliation en le notifiant par écrit.

ART 23. TAXES, COTISATIONS, IMPOTS 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 24. SUBROGATION

La Compagnie est subrogée à concurrence du montant des indemnités qu'elle paie dans les droits et actions du Preneur d'assurance, de l'Assuré ou du Bénéficiaire, 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, l'Assuré ou le Bénéficiaire, 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 25. 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 26. DROIT APPLICABLE ET TRIBUNAUX COMPETENTS

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

ART 27. PROTECTION DE LA VIE PRIVEE

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 l'offre et de la vente de contrats et de couvertures d'assurance, la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, la gestion des sinistres, la fourniture de services d'assurance en général, du respect des lois applicables (en matière d'assurance), du respect de la réglementation AssurMiFID, des actions de marketing (direct), du traitement à visée statistique et de la lutte contre la fraude à l'assurance, conformément au Règlement Général Protection des Données du 27 avril 2016.

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, les experts médicaux ou les avocats qui agissent pour la Compagnie. Ceux-ci ne sont pas établis en dehors de l'Espace Economique Européen.

À titre exclusif pour le traitement en vue et dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, la gestion des sinistres et la fourniture de services d'assurances en général, le Preneur d'assurance et l'Assuré marquent leur consentement formel en vue du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé. L'accès à ces données 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.

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 un droit d'accès, un droit de rectification, un droit d'effacement et un droit de limiter le traitement de leurs données à caractère personnel.



ART 28. 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.

