

ASSURANCE COLLECTIVE INCAPACITE DE TRAVAIL DIRIGEANT D'ENTREPRISE

Conditions générales – réf. 6141 (07/2018)

Table des matières

Article 1 - Définitions	4
Article 2 - Garantie.....	5
Article 3 - Règlement de sinistres.....	5
Article 4 - Début et cessation de l'affiliation	6
Article 5 - Indexation après sinistre.....	6
Article 6 - Transferts.....	6
Article 7 - Etendue géographique	6
Article 8 - Acceptation médicale.....	7
Article 9 - Préexistence.....	7
Article 10 - Acceptation financière.....	7
Article 11 - Risques exclus	7
Article 12 - Incapacité de travail consécutive à des affections psychiques, burn-out, SFC et fibromyalgie.....	8
Article 13 - Congé de maternité et congé d'adoption	8
Article 14 - Acte intentionnel et faute grave	9
Article 15 - Faits de guerre, émeutes et terrorisme.....	9
Article 16 - Rechute	9
Article 17 - Limitation de la rente	9
Article 18 - Déclaration d'une incapacité de travail et suivi médical	9
Article 19 - Début et fin de la garantie.....	10
Article 20 - Durée et résiliation du règlement.....	10
Article 21 - Modification du tarif.....	10
Article 22 - Obligations de l'assureur en cas de résiliation du règlement.....	10
Article 23 - Paiement de prime	11
Article 24 - Exigibilité des primes et taxes	11
Article 25 - Conséquences d'une cessation de l'affiliation sur un sinistre en cours.....	11
Article 26 - Droit à la continuation individuelle.....	12
Article 27 - Préfinancement de la continuation individuelle	12
Article 28 - Règlement général sur la protection des données (RGPD)	12
Article 29 - Législation applicable et juridiction	14
Article 30 - Infractions à l'obligation de déclaration	14
Article 31 - Litiges médicaux.....	14
Article 32 - Gestion des plaintes.....	15
Article 33 - Correspondance.....	15

ASSURANCE COLLECTIVE INCAPACITE DE TRAVAIL DIRIGEANT D'ENTREPRISE

Article I - Définitions

Accident:

Tout événement soudain et anormal, indépendant de la volonté de l'affilié et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'affilié, pouvant être médicalement établie, due à une force extérieure.

Affilié:

Le dirigeant d'entreprise qui appartient à la catégorie pour laquelle l'organisateur a instauré une assurance collective incapacité de travail et qui remplit les conditions d'affiliation.

Année d'assurance:

La période allant de la date d'adaptation annuelle d'une année jusqu'au jour qui précède immédiatement la date d'adaptation annuelle suivante.

S'il est mis fin au règlement entre deux dates d'adaptation annuelles, la dernière année d'assurance s'étend sur la période entre la dernière date d'adaptation annuelle et la date de fin du règlement.

Assureur:

Vivium, une marque de P&V Assurances sc, entreprise d'assurance agréée sous le code 0058.

Benefit statement:

L'aperçu de la garantie.

Date d'adaptation annuelle:

La date à laquelle les droits de chaque affilié sont recalculés en fonction des éléments de calcul en vigueur à ce moment.

Les modifications des éléments de calcul au cours d'une année d'assurance produisent seulement leurs effets à partir de la date d'adaptation annuelle suivante.

Date de mutation:

La date à laquelle les droits de l'affilié sont adaptés sur le plan administratif en fonction de l'une des situations suivantes :

- modification dans la situation familiale (pour autant que cela entraîne une modification) ;
- fin de l'exercice du mandat de dirigeant d'entreprise ;
- modification de l'exercice du mandat à cause d'une incapacité de travail.

La date de mutation est le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant l'un des événements susmentionnés. L'assureur offre cependant immédiatement la couverture à partir du moment de la modification.

Délai de carence:

La période qui commence le jour constaté par le médecin comme étant le début de l'incapacité de travail et dont la durée est fixée dans les conditions particulières. Pendant cette période, les prestations assurées ne sont pas dues par l'assureur.

Dirigeant d'entreprise:

La (Les) personne(s) visée(s) à l'article 32 premier alinéa, 1° et 2° du code des impôts sur les revenus 1992, liée(s) en cette qualité à l'entreprise et pour autant qu'elle(s) ne soit (soient) pas liée(s) par un contrat de travail.

Entreprise :

La personne morale qui fait un engagement d'assurance collective incapacité de travail au profit de son dirigeant d'entreprise.

L'entreprise ne peut toutefois faire un engagement que si elle est une société, une association, une institution ou une organisation qui est constituée de manière régulière, si elle jouit de la personnalité juridique et si elle exploite une entreprise ou a des activités lucratives.

Les sociétés, associations, institutions et organisations ayant une personnalité juridique qui sont constituées conformément au droit belge et qui sont considérées, pour l'application des impôts sur les revenus, comme n'ayant pas de personnalité juridique ne sont pas considérées comme une entreprise.

Incapacité de travail:

L'incapacité totale ou partielle à exercer toute activité professionnelle correspondant à la situation sociale, aux connaissances et aptitudes de l'affilié résultant de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'affilié. L'incapacité de travail est entièrement indépendante de tout autre critère économique et est constatée par décision médicale.

Maladie:

Toute atteinte à la santé de l'affilié, autre que celle provenant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession en Belgique.

Organisateur:

L'entreprise qui conclut le règlement avec l'assureur.

Règlement:

Le règlement se compose des conditions générales, des conditions particulières ainsi que du benefit statement. Les annexes et les avenants éventuels aux conditions particulières en font partie intégrante. Les dispositions des conditions particulières et des annexes et avenants éventuels ont toutefois la priorité sur les conditions générales.

L'assureur se réserve le droit de régler conformément aux conditions générales tous les aspects qui ne sont pas prévus par les conditions particulières.

Article 2 - Garantie

Cette assurance a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue par conséquent un engagement collectif tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4ème tiret du Code des Impôts sur les revenus 1992 considéré comme un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident du travail ou d'un accident ou d'une maladie.

Si l'affilié est atteint d'une incapacité de travail à la suite d'une cause garantie entraînant une perte de revenus du travail, l'affilié a dans ce cas droit, pendant la période d'incapacité de travail, au versement de la rente mentionnée dans les conditions particulières. Les conditions particulières précisent pour quelles causes d'incapacité de travail la garantie produit ses effets.

Pour obtenir ce droit et le conserver, le degré d'incapacité de travail doit être au minimum de 25%. Pour une incapacité de travail partielle à partir de 25%, la rente est proportionnelle au degré de l'incapacité de travail. Un paiement complet est prévu si le degré d'incapacité de travail est d'au moins 67%.

En cas de modification du degré d'incapacité de travail le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré.

L'assureur doit verser la rente à partir de l'expiration du délai de carence mentionné dans les conditions particulières. La rente est au plus tard versée jusqu'à la date d'expiration indiquée dans les conditions particulières.

Article 3 - Règlement de sinistres

En cas d'incapacité de travail totale, l'affilié reçoit 1/365^e de la rente assurée par jour. Pour l'incapacité de travail partielle, la rente est proportionnelle au degré d'incapacité de travail.

La rente est payable par mois, et pour la première fois 30 jours calendrier après l'expiration du délai de carence. Le paiement est réglé au prorata à la fin de l'incapacité de travail.

Le délai de carence prend effet à la date définie par un médecin comme marquant le début de l'incapacité de travail.

Article 4 - Début et cessation de l'affiliation

L'affiliation administrative intervient le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le dirigeant d'entreprise satisfait aux conditions fixées. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture à partir de la date à laquelle les conditions d'affiliation sont remplies.

Pour un affilié qui est en incapacité de travail partielle au moment où il remplit les conditions d'affiliation, à partir de la date d'affiliation, les droits sont réduits proportionnellement en fonction du taux d'occupation.

Pour un affilié qui est en incapacité de travail totale au moment où il remplit les conditions d'affiliation, l'affiliation est reportée jusqu'au premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise partielle ou totale de l'activité.

L'affiliation prend fin:

- le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant le jour où
 - l'affilié ne répond plus à la définition d'affilié et/ou aux conditions d'affiliation ;
 - l'affilié n'est plus soumis à la sécurité sociale belge ;
 - il est mis fin au mandat de l'affilié avant la date d'expiration ;
 - l'affilié part en retraite (anticipée) ;
- à la date du décès de l'affilié avant la date d'expiration ;
- à la date d'expiration.

Article 5 - Indexation après sinistre

Si les conditions particulières prévoient une indexation après sinistre, le montant de la rente est augmenté annuellement à la date anniversaire du début de l'incapacité de travail (qui atteint le degré d'incapacité minimal). Pour ce faire, on multiplie le montant de la rente par le facteur d'indexation égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})$ à la puissance n , n représentant le nombre d'années complètes depuis la date de début de l'incapacité de travail. Le pourcentage d'indexation est mentionné dans les conditions particulières.

Lorsque l'affilié n'est plus atteint d'une incapacité de travail entraînant l'application de la garantie, le montant assuré de la rente est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail.

Article 6 - Transferts

Si l'affiliation définie dans les conditions particulières est déterminée en fonction de la durée du mandat exercé auprès de l'organisateur, exprimée en nombre d'années et mois, les années prestées ailleurs et les mois entiers d'activité professionnelle sont également pris en considération :

- en cas de transfert collectif des affiliés ;
- en cas de transfert d'un affilié au sein du groupe d'entreprises qui ont des liens juridiques et économiques et dont l'organisateur fait partie.

Article 7 - Etendue géographique

La garantie est valable dans le monde entier.

Article 8 - Acceptation médicale

L'acceptation médicale est la détermination de l'étendue de la garantie, par affilié individuel, sur la base de son état de santé. L'état de santé est constaté au moyen d'un questionnaire médical et/ou d'un rapport médical. Le choix du mode de constatation dépend des conditions d'acceptation de l'assureur au moment de la demande d'affiliation ou d'augmentation de la garantie. Pour un rapport médical, l'affilié doit se présenter auprès d'un médecin en Belgique. Les honoraires du médecin seront à charge de l'assureur. Les dépenses spéciales qui en découlent (telles que les frais de déplacement par exemple) sont à charge de l'affilié.

En cas de formalités médicales, l'assureur peut, si un risque aggravé est constaté, décider en application de sa politique d'acceptation médicale et pour autant que ce soit autorisé par la législation en vigueur, de facturer une surprime ou de refuser partiellement ou totalement le risque.

Article 9 - Préexistence

Des lésions et des affections sont préexistantes si elles ont été médicalement constatées avant la date d'affiliation. Sont également préexistantes toutes lésions et affections dont les symptômes avaient été médicalement constatés avant la date d'affiliation.

En cas d'incapacité de travail totale due à des lésions ou des affections préexistantes survenant au cours de la première année d'affiliation, la rente assurée sera versée aux affiliés qui ne se sont pas soumis à une acceptation médicale mais sera toutefois plafonnée à une intervention réduite qui est utilisée par l'assureur dans le cadre de sa politique d'acceptation médicale. La rente ainsi fixée conformément aux dispositions précitées s'applique à toutes incapacités de travail futures dues à ces lésions ou affections préexistantes, même après la fin de la première année. En cas d'incapacité de travail partielle, le versement sera calculé proportionnellement sur la base de cette rente.

Si l'incapacité de travail due à des lésions ou des affections préexistantes survient au plus tôt un an après la date d'affiliation et si, pendant la première année de l'affiliation, il n'y a pas eu d'incapacité de travail due à ces lésions ou affections, la rente assurée sera versée sans tenir compte du plafond.

La rente qui a été communiquée par écrit à l'affilié après l'acceptation médicale sera versée aux affiliés qui s'étaient soumis à une acceptation médicale et pour lesquels des lésions ou des affections préexistantes avaient été constatées, quel que soit le moment où l'incapacité de travail totale due à des lésions ou des affections préexistantes constatées survient. En cas d'incapacité de travail partielle, le versement sera calculé proportionnellement sur la base de cette rente.

Article 10 - Acceptation financière

L'assureur peut demander des informations complémentaires pour vérifier si le montant de la rente assurée est conforme à sa politique d'acceptation financière.

Article 11 - Risques exclus

Ne sont pas comprises dans la garantie, les incapacités de travail qui surviennent, sont favorisées ou aggravées :

- par toute tentative de suicide de l'affilié ;
- par des affections subjectives sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- par l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, l'accélération artificielle des particules atomiques et les radiations de radio-isotopes, sauf dans le cadre de l'exercice de professions médicales et paramédicales ;
- par la manipulation d'armes et d'explosifs ;
- à la suite de l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, de dépendance ou de toute forme de toxicomanie ;
- à la suite d'un accident survenu avec un aéronef à bord duquel l'affilié a embarqué en qualité de pilote ou de membre du personnel navigant ;
- à la suite d'un accident survenu avec un aéronef à bord duquel l'affilié a embarqué en qualité de passager s'il s'agit d'un appareil :
 - qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
 - du type "ultra-léger motorisé" (ULM).

Sports

Les risques liés à la pratique d'un sport sont garantis, sauf lorsque le fait qui est à l'origine du sinistre s'est produit à la suite de :

- la pratique professionnelle ou de la pratique dans le cadre d'un contrat de travail de quelque sport que ce soit, même à titre accessoire, y compris les exercices préparatoires à cette pratique sportive ;
- la participation à des tentatives de records, voyages d'exploration ou expéditions sportives.

Article 12 - Incapacité de travail consécutive à des affections psychiques, burn-out, SFC et fibromyalgie

Les affections psychiques sont des affections qui relèvent du domaine de la psychiatrie et dont le diagnostic a été posé de manière irréfutable, sur la base de symptômes objectifs, par un psychiatre reconnu en Belgique et qui répondent aux critères établis dans le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition", (DSM-V) ou ses versions ultérieures.

La liste suivante d'affections psychiques est couverte : trouble bipolaire, trouble psychotique, schizophrénie, trouble dissociatif, trouble obsessionnel-compulsif, anorexie nerveuse, boulimie nerveuse.

Dans le cadre d'une incapacité de travail consécutive à une dépression ou à une autre affection psychique que celles énumérées supra, la prestation assurée sera octroyée durant une période maximale de 730 jours calendrier ininterrompue ou non, à condition que l'existence effective de l'affection et l'incapacité de travail soient claires et reconnues.

Cette limitation dans le temps, ainsi que la condition de reconnaissance valent également en cas d'incapacité de travail suite à un burn-out, un syndrome de fatigue chronique (SFC) et une fibromyalgie. L'importance de l'affection et l'incapacité de travail qui en découle doivent être démontrées par un rapport médical établi par un médecin spécialiste et/ou un expert en cette matière reconnu(s) en Belgique, et mentionnant le diagnostic, la description des symptômes, les examens spécialisés et les résultats d'éventuels examens techniques.

La période de 730 jours calendrier est prolongée des périodes d'admission dans un hôpital psychiatrique ou dans le département psychiatrique d'un hôpital général qui ont eu lieu avant l'échéance de la période de 730 jours calendrier. La période de 730 jours calendrier vaut une seule fois par affilié et ce, pour toute la durée de l'assurance, peu importe qu'il s'agisse d'une nouvelle incapacité de travail ou de la poursuite d'une incapacité de travail existante et prend cours à l'échéance du délai de carence.

L'assureur se réserve le droit, en fonction de l'affection, de désigner un médecin spécialiste et/ou un expert en cette matière reconnu(s) en Belgique.

Article 13 - Congé de maternité et congé d'adoption

L'incapacité de travail qui survient, est favorisée ou aggravée par une grossesse ou un accouchement est couverte à concurrence de la période légale du congé de maternité.

En dehors de la période de l'intervention légale, une grossesse pathologique est également couverte pour autant que l'incapacité de travail ne soit pas la conséquence d'activités nocives.

Il faut entendre par grossesse pathologique les complications de la grossesse, tant dans le chef de l'affiliée que de son fœtus, résultant d'une situation pathologique ou anormale.

Les activités nocives sont des activités avec exposition à un risque professionnel entraînant pour la mère et/ou le fœtus un risque potentiel ou non, comme des activités :

- avec des substances chimiques;
- avec des agents infectieux;
- avec des radiations ionisantes;
- avec des cytostatiques (par ex. des moyens de lutte contre le cancer);
- nécessitant de soulever des charges;
- dans des températures élevées;
- impliquant un travail de nuit.

Un affilié qui fait usage de son droit au congé d'adoption a droit aux prestations assurées à l'issue du délai de carence.

Article 14 - Acte intentionnel et faute grave

Ne sont pas comprises dans la garantie, les incapacités de travail qui surviennent, sont favorisées ou aggravées:

- par un acte intentionnel posé par la personne intéressée par les paiements, ou sur son incitation; un acte intentionnel est un acte qui est posé avec l'intention de causer des lésions à un affilié.
- par les cas énumérés ci-après de faute grave de l'affilié ou de la personne intéressée par les paiements:
 - toute participation à des crimes, délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provoquant ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense;
 - tout acte téméraire, dont on est censé savoir qu'il constitue une menace pour l'intégrité physique, sauf dans le cas d'une tentative pour sauver des personnes ou des biens;
 - tout acte téméraire, posé par un tiers avec l'approbation de l'affilié ou de toute personne intéressée par les paiements, par lequel un affilié subit des dommages corporels;
 - le fait d'être sous l'influence de boissons alcoolisées, de stupéfiants ou de médicaments, sauf s'il n'y a pas de causalité entre cet état et le sinistre.

Article 15 - Faits de guerre, émeutes et terrorisme

Une incapacité de travail qui survient, est favorisée ou aggravée par des faits de guerre ou par une guerre civile est exclue de la garantie.

Une incapacité de travail qui survient, est favorisée ou aggravée par des émeutes ou troubles civils ou par des actes de violence collectifs inspirés par la politique, une idéologie ou des faits de société n'est pas couverte. Si l'affilié démontre qu'il n'y a pas participé activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense légale ou qu'il est intervenu dans le but de sauver des personnes ou des biens, la garantie sera accordée.

Une incapacité de travail consécutive à un événement qualifié de terrorisme est couverte conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. L'assureur est membre du "Terrorism Reinsurance and Insurance Pool" (asbl TRIP) qui a été créée en exécution de ladite loi.

Article 16 - Rechute

On parle de rechute lorsque l'affilié subit une incapacité de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie déjà garanti(e) auparavant.

En cas de rechute dans les 30 jours, il n'est pas appliqué de nouveau délai de carence.

La rente au début de la reprise de l'incapacité de travail est identique à la dernière rente versée pendant la période d'incapacité de travail précédente, comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail.

Article 17 - Limitation de la rente

Lorsque le degré d'incapacité de travail peut être réduit par une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou le port d'une prothèse et que l'affilié refuse de s'y soumettre, l'assureur n'est plus tenu qu'à l'indemnisation de l'incapacité de travail réduite comme si l'affilié s'était soumis à l'intervention ou au traitement, et ce, pour autant que le degré d'incapacité de travail ainsi réduit entre en ligne de compte pour une indemnisation.

Article 18 - Déclaration d'une incapacité de travail et suivi médical

Toute incapacité de travail susceptible de donner lieu à une intervention doit être déclarée à l'assureur au plus tard dans les 45 jours suivant la date de prise de cours de l'incapacité de travail. L'assureur se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention si la déclaration est faite en dehors de ce délai. L'assureur ne fera pas usage de ce droit si la déclaration a été faite aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible, compte tenu des circonstances.

La déclaration doit être effectuée par le biais du formulaire prévu à cette fin et être accompagnée des documents, attestations et rapports originaux qui peuvent prouver l'existence et la gravité du sinistre.

Les déclarations médicales du médecin traitant sont fournies par l'affilié au médecin-conseil de l'assureur. L'assureur peut demander à l'affilié des informations complémentaires ou le prier de se soumettre à des examens médicaux supplémentaires. Le cas échéant, l'assureur attendra les résultats avant de décider si le sinistre est couvert ou non.

Les dispositions du présent article restent également d'application en cas d'incapacité de travail à l'étranger. A la demande de l'assureur, l'affilié devra se présenter pour un examen médical auprès d'un médecin désigné par l'assureur en Belgique. Les dépenses spéciales qui en découlent (par exemple les frais de déplacement) sont à charge de l'affilié.

L'affilié signale dans les 15 jours toute modification de son état de santé qui entraîne ou pourrait entraîner une augmentation ou une réduction du degré d'incapacité de travail. La rente attribuée sera adaptée en fonction de la modification du degré d'incapacité de travail. L'assureur peut récupérer toute somme indûment versée.

L'assureur peut à tout moment revoir le degré d'incapacité de travail. A cet effet, il peut demander des renseignements complémentaires à l'affilié ou le convoquer pour des examens médicaux complémentaires.

Article 19 - Début et fin de la garantie

La période de couverture de la garantie commence et finit au plus tard aux dates respectives mentionnées à cet égard dans les conditions particulières. Le règlement entre cependant en vigueur au plus tôt après que l'assureur a reçu la première prime.

Article 20 - Durée et résiliation du règlement

Le règlement est conclu pour une durée d'un an. Sauf résiliation, le règlement est reconduit tacitement pour 1 an à la fin de chaque année d'assurance.

L'organisateur peut résilier le règlement à la date d'adaptation annuelle ou à la date anniversaire de son entrée en vigueur, par une lettre recommandée envoyée au moins trois mois avant la date en question.

L'assureur peut résilier le règlement à la date d'adaptation annuelle par une lettre recommandée envoyée au moins trois mois avant cette date.

Article 21 - Modification du tarif

Lorsque l'assureur réalise une modification du tarif, l'organisateur peut résilier le règlement. La modification du tarif est communiquée au moins 4 mois avant la date d'adaptation annuelle du règlement et l'organisateur peut résilier le règlement par courrier recommandé dans le mois suivant la notification. Si la modification du tarif est communiquée au cours des 4 mois précédant la date d'adaptation annuelle, l'organisateur peut résilier le règlement dans un délai de trois mois suivant la notification.

Article 22 - Obligations de l'assureur en cas de résiliation du règlement

En cas de résiliation du règlement, pour quelque motif que ce soit, l'assureur accordera l'intervention pour toute incapacité de travail garantie qui a commencé avant la date de la résiliation du règlement.

Sauf en cas de poursuite individuelle il n'y aura pas d'intervention en cas d'aggravation de cette incapacité de travail qui se serait déclarée après la résiliation du règlement. La date du début de l'incapacité de travail ou de son aggravation est définie par un médecin.

Article 23 - Paiement de prime

L'assureur remet périodiquement à l'organisateur un bordereau de prime reprenant le détail de la prime à payer. La périodicité du paiement de prime est mentionnée dans les conditions particulières.

Lorsque la prime n'est pas payée à la date d'exigibilité, l'assureur enverra par recommandé à l'organisateur une lettre de rappel avec mise en demeure. En cas de non-paiement de la prime dans le délai de paiement imparti, l'assureur peut suspendre la couverture ou résilier le règlement.

La suspension de la couverture est levée le lendemain du jour où l'assureur a reçu les primes arriérées, majorées des intérêts et des frais.

Article 24 - Exigibilité des primes et taxes

Début de l'exigibilité des primes, par affilié :

- à partir de l'affiliation administrative pour les droits respectifs ;
- si l'affiliation intervient dans le courant d'une année d'assurance, les primes sont dues au prorata pour cette année-là ;
- à partir de la reprise complète du travail après une période d'incapacité de travail.

Modification et fin de l'exigibilité des primes :

- en cas de modification des droits et/ou des éléments de calcul, l'exigibilité des nouvelles primes prend cours à la date d'adaptation annuelle ou à la date de mutation ;
- si l'affilié ne répond plus aux conditions d'affiliation, l'exigibilité prend fin le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date dudit événement ;
- en cas d'incapacité de travail totale ou partielle, l'exigibilité prend fin le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la fin du délai de carence ;
- si l'affilié atteint la date d'expiration, l'exigibilité des primes prend fin à la date d'expiration ;
- en cas de décès de l'affilié, l'exigibilité des primes prend fin à la date de l'exigibilité qui précède le décès. Néanmoins si le paiement de primes s'effectue au début de la période d'exigibilité, l'exigibilité des primes prend fin à la date de l'exigibilité qui suit le décès.

Les taxes sont dues à partir du moment où les primes sont dues.

Les primes et les taxes sont payées par l'organisateur à l'assureur à la date de l'exigibilité.

L'organisateur retient de la rémunération de l'affilié les primes et taxes éventuelles à charge de ce dernier dans les mêmes délais que ceux du paiement de la rémunération.

Article 25 - Conséquences d'une cessation de l'affiliation sur un sinistre en cours

En cas de cessation de l'affiliation, l'assureur est tenu de verser les indemnités qui se rapportent à toute incapacité de travail garantie qui a commencé pendant l'exercice de son mandat auprès de l'organisateur, dans la mesure où l'incapacité de travail entraîne une perte de revenus du travail. En cas de retraite (anticipée), il est mis fin aux prestations du dossier sinistre en cours.

Sauf en cas de poursuite individuelle il n'y aura pas d'intervention en cas d'aggravation de cette incapacité de travail qui se serait déclarée après la cessation de l'affiliation. La date du début de l'incapacité de travail ou de son aggravation est définie par un médecin.

L'affilié doit informer l'assureur de toute modification pouvant influencer les prestations octroyées. L'assureur peut réclamer le remboursement de toute somme versée indûment.

Article 26 - Droit à la continuation individuelle

L'affilié qui perd le bénéfice de cette assurance liée à son activité professionnelle a le droit de poursuivre cette assurance individuellement en tout ou en partie, sans nouvelle formalité médicale ou nouveau questionnaire médical.

La continuation est possible si l'affilié a été affilié de manière ininterrompue durant une période d'au moins 2 ans, avant la perte de bénéfice de l'assurance collective.

Dans les 30 jours de la perte du bénéfice, l'organisateur informe l'affilié :

- de la date exacte de la perte du bénéfice ;
- de la possibilité de continuation individuelle ;
- du délai dans lequel l'affilié peut exercer son droit à la continuation individuelle ;
- des coordonnées de l'entreprise d'assurances.

A compter de la réception de l'avis susvisé, l'affilié a 30 jours pour informer l'assureur de son intention de poursuivre l'assurance individuellement.

L'affilié a la possibilité de prolonger le délai de 30 jours, s'il en informe l'assureur. L'organisateur doit informer l'affilié de cette possibilité de prolongation, lors de la communication réalisée dans les 30 jours de la perte de bénéfice du contrat. En tout état de cause, le délai dont dispose l'affilié pour exprimer sa volonté de poursuivre individuellement le contrat expire au maximum 105 jours après la date de la perte du bénéfice de l'assurance collective.

L'assureur dispose de 15 jours pour transmettre à l'affilié une offre et lui rappeler qu'il a un délai de 30 jours, à compter du jour de la réception de l'offre, pour accepter cette offre.

A l'expiration de ce délai de 30 jours, le droit à la continuation individuelle s'éteint.

Les divers échanges d'information dont question ci-dessus peuvent avoir lieu, soit par voie électronique, soit par écrit.

Article 27 - Préfinancement de la continuation individuelle

L'affilié a la faculté de payer, à titre individuel, des primes supplémentaires de sorte que la prime en cas de continuation individuelle éventuelle de cette assurance sera calculée en fonction de l'âge auquel l'affilié aura commencé à payer des primes supplémentaires.

A chaque affiliation, l'organisateur est tenu d'informer immédiatement l'affilié de cette possibilité de préfinancement.

Article 28 - Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Les stipulations suivantes portent sur la législation concernant la protection de la vie privée et, plus particulièrement, le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

En sa qualité de responsable du traitement, P&V Assurances sc, dont le siège social est sis Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, collecte et traite des données personnelles dans le cadre de l'acceptation et de la gestion de l'assurance de groupe au moyen des formulaires suivants (disponibles au format papier ou électronique):

- Affiliation à l'assurance de groupe ;
- Déclaration de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement ;
- Proposition ou étude d'une assurance de groupe ;
- Questionnaire médical ou rapport ;
- Déclaration de salaire pour l'adaptation annuelle.

Afin de garantir l'exactitude de ces données, nous nous appuyons sur la fourniture qui en est faite par, notamment, l'organisateur, l'affilié, le bénéficiaire et diverses instances ou banques de données publiques.

Par "données personnelles", nous entendons les données se rapportant à l'organisateur, ainsi que celles que l'organisateur ou l'affilié communique à propos d'autres personnes qu'il représente (par exemple l'affilié représenté par l'organisateur, ou les membres de la famille ou les bénéficiaires représentés par l'affilié). Celui qui communique des données relatives à une autre personne, est tenu d'en informer individuellement cette dernière et d'attirer son attention sur les présentes dispositions en matière de politique privacy. Il doit également obtenir le consentement de cette personne préalablement au partage de ses données personnelles.

Dans le cadre de cette relation avec P&V Assurances sc, P&V Assurances peut collecter et traiter les données personnelles suivantes : données d'identification personnelles, données d'identification transmises par les services publics, données d'identification ou données de localisation électroniques, données d'identification financières, numéro de registre national, données personnelles et physiques, données relatives au mode de vie, données relatives à la santé, données judiciaires, données politiques (PPE), données relatives à la formation, données relatives à la profession et à l'emploi, ainsi que des enregistrements sonores et visuels.

Les données personnelles peuvent être traitées aux fins suivantes :

- L'évaluation des risques, la conclusion, la gestion et l'exécution de contrats/polices d'assurance, la gestion de dossiers de sinistre, en ce compris la protection juridique et la défense en justice ainsi que l'indemnisation éventuelle ;
- Le versement d'allocations ;
- La gestion des réserves ;
- La comptabilité et la fiscalité liées à ces différents services ;
- La gestion des plaintes ;
- La gestion des contentieux ;
- La réassurance ;
- La prévention d'infractions telles que la fraude, le blanchiment d'argent et le terrorisme ;
- Le respect des obligations légales et réglementaires de P&V Assurances sc ;
- La promotion d'autres produits ou services sur la base des données personnelles anonymisées des affiliés à l'assurance de groupe ;
- Le traitement à des fins statistiques ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des services de P&V Assurances sc ;
- La réalisation d'enquêtes de satisfaction.

À ces seules fins, les données personnelles peuvent, si nécessaire, être communiquées à d'autres destinataires, et plus particulièrement à l'organisateur, à d'autres assureurs, réassureurs, courtiers en (ré)assurances et autres intermédiaires établis en Belgique ou à l'étranger, avocats, consultants et prestataires de services d'assistance, experts/conseillers techniques, réparateurs, médecins-conseils, réviseurs, prestataires de services IT et médiateurs et aux autorités régulières dans le cadre d'une obligation légale.

P&V Assurances sc garantit que les personnes employées par ses soins et habilitées à effectuer le traitement des données personnelles ont suivi une formation appropriée et se sont engagées à respecter la confidentialité desdites données personnelles.

Le fondement juridique du traitement des données personnelles est constitué du contrat d'assurance, d'une disposition légale, du consentement ou de l'intérêt légitime de P&V Assurances sc. La gestion de l'assurance de groupe, dont relève le traitement des données personnelles, est toujours soumise à la surveillance des autorités et instances de contrôle compétentes.

P&V Assurances sc prendra les mesures de précaution qui s'imposent pour garantir un niveau de sécurité maximal.

P&V Assurances sc peut à tout moment désigner des sous-traitants et, le cas échéant, prendra les mesures de précaution qui s'imposent en concluant des contrats-types afin de les contraindre à mettre en place les mesures de sécurité techniques et organisationnelles nécessaires à un traitement de données personnelles parfaitement conforme au RGPD.

En sa qualité de responsable du traitement, P&V Assurances sc procède à des contrôles internes et apporte sa collaboration à d'éventuels contrôles réalisés par les autorités et instances de contrôle compétentes.

P&V Assurances sc conserve les données personnelles pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Ces données sont stockées sur des supports numériques qui se trouvent toujours sur le territoire de l'Union européenne.

Plus particulièrement, les données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par des personnes habilitées à le faire.

P&V Assurances sc peut transmettre des données personnelles à des pays tiers. Le cas échéant, P&V Assurances sc garantit que les données personnelles sont uniquement transmises, rendues disponibles ou accessibles à la représentation de l'organisateur en Union européenne ou à des pays repris sur la liste des pays suffisamment protégés, sauf si une législation étrangère la contraint à échanger des données personnelles avec un pays n'offrant pas un niveau de protection adéquat.

En cas de fuite de données personnelles, P&V Assurances sc en informera l'instance de contrôle sans délai et, si possible, dans les 72 heures de la constatation de la fuite conformément à l'article 55 du RGPD sauf s'il est hautement improbable que ladite fuite de données constitue un risque pour les droits et les libertés des personnes physiques concernées. S'il est impossible d'informer l'instance de contrôle dans les 72 heures, il conviendra d'en spécifier le motif.

L'affilié peut consulter ses données personnelles et éventuellement les faire modifier en envoyant une demande datée et signée à cet effet, accompagnée d'une copie recto verso de sa carte d'identité, à P&V Assurances sc, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, à l'attention du Data Protection Officer, département Compliance (dpo@pvgroup.be).

Par ailleurs, les affiliés peuvent également, en suivant les mêmes modalités, dans les limites fixées par le RGPD et dans la mesure où ces demandes ne sont pas contraires à la gestion des assurances de groupe, en ce compris la législation applicable en la matière, s'opposer au traitement de leurs données personnelles et en demander la limitation, demander l'effacement de leurs données personnelles ou exercer leur droit à la portabilité des données.

Le cas échéant, les affiliés peuvent également demander des explications sur les décisions automatisées qui seraient prises. De plus amples informations peuvent être obtenues à la même adresse.

Les plaintes éventuelles peuvent être introduites auprès de la Commission de la protection de la vie privée (www.autoriteprotectiondonnees.be).

Article 29 - Législation applicable et juridiction

Le contrat est soumis à la législation belge, et plus précisément à la loi sur les assurances du 4 avril 2014. En cas de litiges éventuels, seuls les tribunaux belges seront compétents.

Article 30 - Infractions à l'obligation de déclaration

Si, lors de la conclusion du règlement, l'organisateur a intentionnellement dissimulé ou communiqué erronément des données relatives au risque, de telle sorte que l'assureur a été trompé lors de l'appréciation du risque, le règlement est nul et non avenu.

Si l'affilié commet une infraction semblable à l'obligation de déclaration, le règlement est nul et non avenu à l'égard de cet affilié.

Les primes qui sont échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de la dissimulation ou de la communication erronée sont acquises à l'assureur.

Article 31 - Litiges médicaux

Les contestations relatives aux aspects médicaux peuvent, moyennant l'accord de l'assureur et de la personne à examiner ou de son représentant, être tranchées par le biais d'une expertise médicale à l'amiable. Les deux parties engagent chacune leur propre médecin. Le troisième médecin nommé par les deux premiers n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord.

Chaque partie supportera les honoraires et les débours du médecin désigné par elle. Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'exams spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie.

Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions du présent règlement.

Article 32 - Gestion des plaintes

Pour toute plainte relative à ce contrat, l'organisateur peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des Plaintes de Vivium, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél : 02/250.90.60, E-mail: plainte@vivium.be
- En appel: à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.

Article 33 - Correspondance

Tous les courriers sont envoyés valablement à l'adresse communiquée par la partie qui en est le destinataire. Si une partie change d'adresse, elle communiquera immédiatement sa nouvelle adresse à l'autre partie. Si la partie omet de faire cette communication, tout courrier sera envoyé valablement à la dernière adresse communiquée.