



**Assurance collective
accidents corporels**

Conditions générales

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code Pénal.

Pour toute plainte relative à ce contrat, le preneur d'assurance peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des Plaintes de VIVIUM, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tel : 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.
-

Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude....



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus

Table des matières

Article 1	Définitions	4
Article 2	Garantie	6
Article 3	Début et cessation de l'affiliation	6
Article 4	Définition des droits pour les affiliés qui ne sont pas occupés à temps plein	7
Article 5	Transferts.....	8
Article 6	Prorogation de la date d'expiration.....	9
Article 7	Etendue géographique	9
Article 8	Risques exclus.....	9
Article 9	Acte intentionnel et faute grave	10
Article 10	Limitation de la garantie	10
Article 11	Déclaration d'un sinistre et suivi médical.....	10
Article 12	Début et fin de la garantie	11
Article 13	Durée et résiliation du règlement.....	11
Article 14	Modification du tarif	11
Article 15	Obligations de l'assureur en cas de résiliation du règlement	12
Article 16	Paiement de prime	12
Article 17	Sortie d'un affilié	12
Article 18	Exigibilité des primes et taxes	12
Article 19	Protection de la vie privée	13
Article 20	Infractions à l'obligation de déclaration	13
Article 21	Litiges médicaux.....	13
Article 22	Correspondance	13

Article 1 Définitions

Accident:

Est exclusivement considéré comme accident, tout événement soudain ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'affilié ou son décès, pour autant que la cause ou l'une des causes de la lésion se situe en dehors de l'organisme de l'affilié.

Un accident est soit un accident du travail, soit un accident de la vie privée, c'est-à-dire survenu en dehors des activités professionnelles.

Un accident du travail est un accident tel que défini dans la législation belge sur les accidents du travail, y compris les accidents sur le chemin du travail. La référence à la législation sur les accidents du travail vise uniquement à définir la notion d'accident du travail.

Un accident de la vie privée désigne tout accident qui n'est pas un accident du travail.

L'euthanasie appliquée suite à une lésion grave et incurable, qui est la conséquence directe d'un accident garanti, est également garantie. Le décès suite à l'euthanasie qui ne satisfait pas à cette condition n'est pas couvert par cette garantie.

Affilié:

Le travailleur qui appartient à la catégorie du personnel pour laquelle l'organisateur a instauré une assurance collective accidents corporels 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.

Bénéficiaire:

La personne (ou les personnes) en faveur de laquelle (ou desquelles) sont stipulées les prestations d'assurance.

Benefit statement:

L'aperçu de la garantie.

Consolidation:

Le moment auquel la situation de l'assuré n'est plus susceptible de subir des modifications substantielles ni de manière spontanée ni suite à un traitement.

Date d'adaptation annuelle:

À cette date, les droits de chaque affilié sont recalculés en fonction des éléments en vigueur à ce moment pour le calcul des droits.

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

Date de mutation:

A cette date, les droits de l'affilié sont adaptés sur le plan administratif en fonction de l'une des situations suivantes:

- modification du taux d'occupation (contrat de travail pour prestations à temps partiel, crédit-temps à temps partiel et d'autres formes de congé social à temps partiel);
- suspension du contrat de travail :
 - à la suite de l'utilisation de crédit-temps à plein-temps ou d'autres formes de congé social à plein-temps;
 - à la suite d'une incapacité de travail avec perte de salaire;
- pré-pension à mi-temps;
- formes de suspension du contrat de travail avec perte de salaire.

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.

L'organisateur transmet la demande de mutation à l'assureur par le biais du formulaire de modification.

Invalidité / incapacité de travail:

L'invalidité est l'atteinte à l'intégrité physique de l'affilié entraînant éventuellement une incapacité de travail.

Le degré de l'invalidité est déterminé par décision médicale par rapport au Barème Officiel Belge des Invalidités (BOBI) et à la jurisprudence belge en vigueur en la matière.

Il est question d'une invalidité totale lorsque le degré d'invalidité est minimum 67%.

Il est question d'une invalidité permanente lorsqu'il est prouvé que l'invalidité de l'affilié n'est plus susceptible de subir des modifications substantielles ni de manière spontanée ni suite à un traitement.

Lorsqu'on fait référence à l'incapacité de travail, il s'agit en l'occurrence de l'incapacité de travail économique. L'incapacité de travail économique est l'incapacité de l'affilié à exercer toute activité professionnelle correspondant à ses connaissances, ses aptitudes, sa formation et son parcours professionnel. Ceci en dépit de tout critère économique et sur la seule base d'une décision médicale.

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 explicitement prévus par les conditions particulières.

Article 2 Garantie

L'assureur s'engage à payer les droits mentionnés dans les conditions particulières lorsque l'affilié est victime d'un accident. La garantie ainsi que le type d'accident (un accident de la vie privée et/ou un accident du travail) couvert, sont décrits dans les conditions particulières.

2.1 Décès

Si le décès de l'affilié est la conséquence directe d'un accident garanti et si le décès intervient dans les trois ans suivant le jour de l'accident, l'assureur paie les droits assurés mentionnés au(x) bénéficiaire(s). Le bénéficiaire en cas de décès est identique au bénéficiaire en cas de décès déterminé dans l'engagement de pension auquel est liée cette assurance collective accidents corporels.

2.2 Invalidité permanente et totale

Pour autant que l'affilié soit atteint d'une invalidité totale et permanente des suites directes d'un accident garanti, l'assureur paie les droits mentionnés dans les conditions particulières, à l'affilié.

Cette invalidité est constatée après consolidation des lésions et ceci, au plus tard 3 ans après l'accident. Au moment de la décision, il sera tenu compte uniquement des conséquences directes de l'accident et non pas d'autres états maladifs, déficiences physiques ou mentales ou d'un éventuel autre handicap préexistant qui ne soit pas en liaison avec l'accident.

La référence à l'invalidité vise uniquement à déterminer le montant de la prestation à accorder. Ceci ne porte nullement préjudice au fait que l'indemnité allouée doit ou est censée être affectée au rétablissement de l'incapacité de travail.

Les prestations en raison de cette garantie - qui ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie "décès" (2.1) - et les prestations en raison de la garantie "décès" (2.1) ne peuvent jamais être cumulées, si elles sont dues suite au même accident.

Article 3 Début et cessation de l'affiliation

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

Si le travailleur est en incapacité de travail et/ou si son contrat de travail a été suspendu au moment où il remplit les conditions d'affiliation, son affiliation est reportée au premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise totale ou partielle 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;
 - quitte le service de l'organisateur avant la date d'expiration;
- à la date du décès de l'affilié avant la date d'expiration;
- à la date d'expiration.

Article 4 Définition des droits pour les affiliés qui ne sont pas occupés à temps plein

Affilié possédant un contrat de travail pour prestations à temps partiel:

Pour les droits liés au salaire, le calcul se fait sur la base du salaire qui correspond aux prestations à temps partiel.

Les droits forfaitaires sont réduits proportionnellement en fonction du taux d'occupation.

La rente annuelle maximale n'est pas réduite en fonction du taux d'occupation.

Utilisation de crédit-temps et d'autres formes de congé social:

Pour toutes les formes de:

- crédit-temps;
- congé parental;
- congé pour les soins d'un membre de la famille ou du ménage gravement malade;
- congé pour soins palliatifs; ou
- toute autre forme de congé social régie par la loi pour laquelle il est prévu que ces périodes soient assimilées à l'égard de la sécurité sociale belge à des périodes de prestations de travail à temps plein,

les droits sont définis comme suit:

- pendant les trois premiers mois à partir de la date de mutation, les droits sont définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé;
- à partir du quatrième mois à compter de la date de mutation, les dispositions suivantes s'appliquent:
 - en cas de crédit-temps à temps plein ou de congé social à temps plein: l'exigibilité des primes prend fin, de même que l'assurance collective accidents corporels. Lors de la reprise de l'activité, les primes sont à nouveau dues à partir du premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise de l'activité. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture dès la reprise de l'activité.
 - en cas de crédit-temps à temps partiel ou de congé social à temps partiel: les droits sont définis conformément à la procédure décrite plus haut sous le point "affilié possédant un contrat de travail pour prestations à temps partiel".

Prépension à mi-temps ou crédit-temps à temps partiel pour l'affilié âgé de plus de 50 ans:

Contrairement aux dispositions décrites ci-dessus, les droits ne sont pas réduits en fonction du taux d'occupation pour l'affilié qui prend sa prépension à mi-temps et pour l'affilié âgé de plus de 50 ans qui prend un crédit-temps à temps partiel pendant toute la période de prépension à mi-temps ou de crédit-temps à temps partiel, mais ils restent définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé, et ce, sur la base de son salaire du mois qui précède la prise du crédit-temps ou la prépension.

Incapacité de travail de l'affilié au moment de l'affiliation ou suite à une cause non-couverte:

- en cas d'incapacité de travail partielle les dispositions suivantes sont d'application:
 - pour un travailleur qui est partiellement inapte au travail au moment où il remplit les conditions d'affiliation et pour un affilié qui devient partiellement inapte au travail suite à une cause non-couverte, à partir de la date d'affiliation ou de la date de mutation, les droits sont définis conformément à la procédure décrite plus haut sous le point "affilié possédant un contrat de travail pour prestations à temps partiel".
- en cas d'incapacité de travail totale les dispositions suivantes sont d'application:
 - pour un travailleur qui est totalement inapte au travail au moment où il remplit les conditions d'affiliation, l'affiliation est reportée jusqu'au moment de la reprise de l'activité;
 - pour un affilié qui devient totalement inapte au travail suite à une cause non-couverte, l'exigibilité des primes s'arrête à partir de la date de mutation et l'assurance collective accidents corporels prend fin pour le travailleur concerné.

Lors de la reprise de l'activité, les primes sont à nouveau dues à partir du premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise de l'activité. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture dès la reprise de l'activité. Le calcul des droits se fait conformément aux dispositions des conditions particulières et sur base du salaire et du taux d'occupation à ce moment.

Si la période d'incapacité de travail suite à une cause non-couverte dure moins de 30 jours, la procédure décrite ci-dessus n'est pas appliquée mais les droits restent définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé.

Suspension du contrat de travail de l'affilié avec perte de salaire:

Lorsque le contrat de travail d'un affilié est suspendu pour une autre raison que l'utilisation de crédit-temps ou de toutes autres formes de congé social, l'exigibilité des primes s'arrête à partir de la date de mutation et l'assurance collective accidents corporels prend fin pour le travailleur concerné.

Lors de la reprise de l'activité, les primes sont à nouveau dues à partir du premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise de l'activité. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture dès la reprise de l'activité.

Si la suspension du contrat de travail dure moins de 30 jours, la procédure décrite ci-dessus n'est pas appliquée mais les droits restent définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé.

Article 5 Transferts

Si l'affiliation définie dans les conditions particulières est déterminée en fonction de la durée de service, les années prestées auprès d'un (des) employeur(s) précédent(s) sont également prises en considération :

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

Article 6 Prorogation de la date d'expiration

La prorogation signifie que la date d'expiration est chaque fois reportée d'un an (année de prorogation) si l'affilié qui a atteint la date d'expiration reste au service de l'organisateur. Ce report annuel de la date d'expiration ne peut intervenir que pendant au maximum 5 ans après la date d'expiration initiale et au plus tard jusqu'au 65^e anniversaire de l'affilié. Pendant l'année de prorogation, les dispositions du règlement restent en vigueur.

L'affilié ne peut pas reporter d'un an la date d'expiration ou la date d'expiration déjà prorogée si le premier jour de l'année de prorogation:

- il est en état d'incapacité de travail totale; ou
- si son contrat de travail a été suspendu à ce moment; ou
- si l'affilié bénéficie d'une occupation à 0 % dans le cadre d'une mesure sociale.

Si l'affilié est en état d'incapacité de travail partielle au moment où il a atteint la date d'expiration ou la date d'expiration prorogée, la prorogation s'applique uniquement aux droits qui se rapportent à son occupation partielle.

La prorogation n'est que possible si elle est prévue dans les conditions particulières et sur base du tarif mentionné dans les conditions particulières.

Article 7 Etendue géographique

La garantie est valable dans le monde entier.

En cas de sinistre à l'étranger, les dispositions d de l'article 11 ("Déclaration d'un sinistre et suivi médical") restent d'application. En ce qui concerne la garantie "invalidité permanente et totale" (2.2), à la demande d'e l'assureur, l'affilié est tenu de se soumettre à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

Article 8 Risques exclus

N'est pas considéré comme un accident garanti:

- le suicide ou à une tentative de suicide de l'affilié;
- les complications ou une aggravation en cas de traitement médical non directement lié à un accident garanti;
- un accident résultant directement et immédiatement d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir institué;
- un accident survenant par événement de guerre, c.-à-d. résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire;
- un accident survenu avec un aéronef à bord duquel l'affilié s'est embarqué en qualité de pilote ou de membre du personnel navigant;
- un accident survenu avec un aéronef à bord duquel l'affilié a embarqué en qualité de passager s'il s'agit d'un appareil:
 - dont l'affilié savait ou pouvait savoir qu'il ne disposait pas d'une autorisation de voler pour le transport de personnes ou de biens;
 - d'une force aérienne qui n'est pas autorisée au transport de personnes;
 - qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours;
 - qui se prépare ou participe à une compétition sportive;
 - qui effectue des vols d'essai;
 - du type "ultra-léger-motorisé";

- un accident à la suite de l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, accélération artificielle des particules atomiques et émission de radio-isotopes, sauf dans le cadre de l'exercice de professions médicales et paramédicales.

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;
- à la suite de la participation à des tentatives de records, voyages d'exploration ou expéditions sportives.

Article 9 Acte intentionnel et faute grave

N'est pas considéré comme un accident garanti:

- 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.
- 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 notoirement 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 notoirement 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;
 - tout acte posé 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 10 Limitation de la garantie

Le degré d'invalidité permanente suite aux lésions subies en raison de l'accident ne peut être augmenté en raison de lésions ou d'états qui ne sont pas la conséquence de l'accident garanti.

Article 11 Déclaration d'un sinistre et suivi médical

Tout sinistre susceptible de donner lieu à une intervention doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours de sa survenance.

Le décès de l'affilié doit être déclaré auprès de l'assureur au plus tard dans les 8 jours de sa survenance.

En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention à concurrence du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit apportée que la déclaration du sinistre a été introduite aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

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 affiliés conviennent que le médecin traitant fournisse, après leur décès, au médecin-conseil de l'assureur une déclaration sur la cause du décès. L'assureur peut demander des renseignements complémentaires ou faire pratiquer une autopsie, à ses frais.

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.

S'il n'est pas satisfait à l'une de ces obligations, l'assureur peut réduire son intervention à concurrence du préjudice qu'il a subi.

En cas de présentation de faux certificats, de fausses déclarations ou de dissimulation intentionnelle de certains faits ou circonstances qui sont de toute évidence importants pour l'appréciation du sinistre, l'assureur peut refuser son intervention et récupérer toute somme indûment versée, majorée des intérêts légaux.

Article 12 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 13 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.

Tant l'organisateur que l'assureur peuvent résilier ce règlement par courrier recommandé à chaque date d'adaptation annuelle, moyennant un délai de préavis de minimum trois mois.

L'organisateur peut résilier le règlement par courrier recommandé au moins trois mois avant la date anniversaire de la prise d'effet de l'assurance.

Article 14 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 15 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 tout accident garanti qui a eu lieu avant la date de la résiliation du règlement.

Article 16 Paiement de prime

L'assureur remet périodiquement à l'organisateur un bordereau 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 de l'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 17 Sortie d'un affilié

La garantie prend fin lorsqu'un affilié quitte le service de l'organisateur. L'assureur accordera l'intervention pour tout accident garanti qui a eu lieu avant la date de sortie.

Article 18 Exigibilité des primes et taxes

Début de l'exigibilité des primes, par affilié:

- les primes sont dues 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.

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;
- en cas de sortie du travailleur, l'exigibilité des primes prend fin le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date dudit événement;
- en cas de suspension du contrat de travail avec perte de revenu pour plus de 30 jours pour une cause autre que l'incapacité de travail, l'exigibilité des primes prend fin le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de la suspension;
- 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 du salaire de l'affilié les primes et taxes éventuelles à charge de ce dernier dans les mêmes délais que ceux du paiement du salaire.

Article 19 Protection de la vie privée

Les données qui concernent l'affilié sont reprises dans des fichiers tenus afin de pouvoir rédiger, gérer et exécuter les contrats d'assurance.

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée concernant le traitement de données à caractère personnel et à toute modification ultérieure qui remplace et/ou complète les dispositions de cette loi, l'affilié peut prendre connaissance de ses données à caractère personnel et si nécessaire faire procéder à leur rectification.

Le responsable du traitement est P&V Assurances sc.

Article 20 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 21 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'examens 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 22 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.