



INCOME & SECURE

ASSURANCE COLLECTIVE

EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

CONDITIONS GENERALES

TABLE DES MATIERES

PARTIE II - CONDITIONS GENERALES

- II.1. LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT
- II.2. LA DUREE DU CONTRAT
- II.3. L'ETENDUE TERRITORIALE
- II.4. LES SPECIFICITES RELATIVES A LA GARANTIE
- II.5. LES LIMITATIONS DES PRESTATIONS
- II.6. LE CALCUL ET LE PAIEMENT DE LA PRIME
- II.7. LA MODIFICATION DE LA PRIME
- II.8. LA MODIFICATION DU CONTRAT
- II.9. LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS
- II.10. LA CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL
- II.11. LE REGIME FISCAL APPLICABLE AU CONTRAT
- II.12. LE DROIT APPLICABLE

PARTIE III - LEXIQUE

PARTIE II - CONDITIONS GENERALES (édition 40004F-102024-CG)

La présente partie décrit les conditions générales de l'assurance collective Incapacité de travail. Elles complètent les conditions particulières de cette assurance décrites dans la Partie I.

II.1. LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le présent contrat prend cours à la date indiquée aux conditions particulières (cf. Partie I) mais au plus tôt le jour où la première prime est payée et les conditions d'affiliation remplies.

II.2. LA DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une durée d'un an à dater de sa prise d'effet.

A la fin de chaque période annuelle, il se renouvelle tacitement pour une durée égale, sauf signification du contraire par une des parties, actée par envoi recommandé.

Par envoi recommandé, nous entendons soit l'envoi d'une lettre recommandée via la poste, soit l'envoi d'un courrier recommandé électronique. Si l'envoi recommandé est effectué par voie électronique, cela doit être fait par un service qualifié pour les envois recommandés électroniques, à savoir un service qui permet l'envoi de documents électroniques de manière sécurisée, avec une garantie de réception et d'authenticité et qui est conforme aux réglementations spécifiques en la matière – ce qui donne aux envois recommandés électroniques une valeur légale et probante équivalente à celle d'une lettre recommandée traditionnelle.

Pour le preneur d'assurance, la résiliation se fait au moins 2 mois avant la fin de la période annuelle en cours, et pour la compagnie au moins 3 mois avant la fin de la période annuelle en cours.

II.3. L'ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties de la présente assurance sont acquises dans le monde entier.

Toutefois, ces garanties ne sont acquises que moyennant l'accord de la compagnie lorsque l'affilié n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de 6 mois par an à l'étranger.

II.4. LES SPECIFICITES RELATIVES A LA GARANTIE

Garantie

La compagnie s'engage à payer les prestations découlant des garanties prévues dans la Partie I lorsque l'affilié subit une invalidité économique. Ces garanties sont soit une Exonération des contributions du plan de pension complémentaire du preneur d'assurance en cas d'incapacité de travail, soit une Rente d'incapacité de travail ou encore un Capital en cas d'incapacité de travail.

L'invalidité économique correspond à la diminution ou à la perte de la capacité de travail de l'affilié résultant d'une diminution de son intégrité corporelle ou psychique.

Le degré d'invalidité économique est fixé proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'affilié à exercer une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances et ses capacités. La perte de l'aptitude physique ou psychique est évaluée par des médecins.

L'appréciation du degré d'invalidité économique est donc indépendante de tout autre critère économique.

L'invalidité économique est évaluée en fonction des conditions du marché du travail en Belgique.

Nature des prestations

La garantie Rente d'incapacité de travail a pour but de compenser une perte de revenus professionnels engendrée par la diminution ou la perte de la capacité de travail que subit l'affilié sur le plan économique. Il en est de même pour le Capital en cas d'incapacité de travail, le cas échéant.

De cette manière, ces garanties constituent un engagement collectif tel que visé à l'article 52, 3b, 4^{ème} tiret du Code des Impôts sur les Revenus, à savoir un engagement collectif qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident ou d'une maladie.

Degré de l'invalidité

Les prestations sont fonction du degré de l'invalidité reconnu par la compagnie ; celui-ci correspond au taux de l'invalidité économique.

Si une modification dans l'état de santé de l'affilié entraîne un changement du taux d'invalidité, le pourcentage appliqué aux prestations sera modifié, à partir du jour de sa constatation par le médecin traitant et après reconnaissance du nouveau taux par la compagnie.

Prorata de prestation

Lorsqu'une intervention de la compagnie est due pour un mois non complet, un prorata du montant mensuel de la prestation est calculé en supposant que tout mois compte 30 jours. Le montant mensuel est égal à un douzième du montant annuel.

Rechute

Si une intervention complémentaire est demandée à la compagnie en raison d'une rechute, c'est-à-dire que l'affilié est à nouveau en incapacité de travail donnant lieu à une invalidité économique qui résulte des séquelles, conséquences et/ou complications de la précédente invalidité et dont les causes et origines sont identiques à celles de l'invalidité première, cette nouvelle invalidité est considérée comme une continuation de l'invalidité première, tant pour le décompte du délai de carence que pour le paiement des prestations. Cette rechute doit intervenir dans les 30 jours qui prennent cours à la fin de la période de l'invalidité précédente.

Au-delà de cette période de 30 jours, toute demande d'intervention sera considérée comme une nouvelle invalidité.

II.5. LES LIMITATIONS DES PRESTATIONS

Evénements couverts

Les événements garantis par le contrat sont les maladies d'ordre physiologique, les grossesses et les accouchements ainsi que, en fonction des choix du preneur d'assurance repris aux conditions particulières, les maladies psychologiques, les accidents de la vie privée, les accidents du travail et/ou les congés pré/post natal.

Risques exclus

Les prestations assurées par ce contrat sont toujours acquises sauf lorsque le risque résulte des circonstances énoncées ci-dessous. La compagnie apporte la preuve du fait qui l'exonère de sa garantie.

- la tentative de suicide ;
- l'acte intentionnel de l'affilié provoquant des lésions, qu'elles soient recherchées ou non par l'affilié, à l'exclusion des actes de légitime défense ou de sauvetage ;

Par acte intentionnel, on entend le comportement, l'acte ou l'abstention volontairement et sciemment adopté qui cause un dommage raisonnablement prévisible ;

- la guerre entre Etats ou faits de même nature, la guerre civile.

En cas de séjour à l'étranger de l'affilié, le risque est couvert :

- d'une part, lorsque le conflit a éclaté pendant son séjour,
- et d'autre part, lorsque, à la demande préalable du preneur d'assurance, la compagnie a accordé explicitement la couverture,
- et pour autant que l'affilié ne participe pas activement aux hostilités ;
- la participation active à des émeutes ou actes de violence collective ;
- la faute lourde dans la mesure où il existe une relation causale entre la faute lourde et l'évènement donnant lieu à prestation.

Sont des fautes lourdes :

- le pari, le défi,
- le fait d'être sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue,
- le fait d'être en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique suivant le code de la route ;
- l'affection allergique ou trouble subjectif ou psychique qui ne présente pas de symptômes permettant un diagnostic ;
- la toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments ;
- le traitement esthétique, la stérilisation. Le traitement esthétique est toutefois couvert s'il s'agit de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'une maladie reconnu(e) sur la base des présentes conditions ;
- les activités sportives rémunérées, qu'elles soient exercées à titre régulier ou exceptionnel, à titre principal ou accessoire, sous contrat de travail ou sous une autre forme de contrat dont le sponsoring ;
- l'infirmité ou l'état de santé déficient qui existait déjà au moment de l'affiliation de l'affilié à la présente assurance collective incapacité de travail. Toutefois, l'aggravation de l'infirmité ou de l'état de santé déficient est prise en considération si l'affilié est couvert par la présente garantie depuis plus d'un an et n'a pas subi, au cours de cette période, d'invalidité économique résultant de la cause préexistante.

Ces dispositions en matière d'états préexistants s'appliquent également pour les augmentations de garanties, les prolongations de leur durée ou leurs extensions (dont entre autres celles résultant d'une extension du temps de travail pour les travailleurs à temps partiel). Dans ce cas, la règle n'intervient que pour la seule variation de la prestation, et le délai d'un an se compte à partir de la date de modification des garanties.

Cette disposition en matière d'état préexistant est également d'application pour la grossesse lorsque l'affiliée est enceinte au moment de l'affiliation à la présente assurance collective incapacité de travail.

Pour l'application du présent point, il sera tenu compte, le cas échéant, de la période d'affiliation au contrat précédent auprès de la compagnie que le présent contrat remplace, pour autant que les couvertures soient similaires.

- les professions suivantes sont couvertes moyennant convention spéciale :
 - marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin), policier de brigade antigang ou anti-drogue, pompier, personnel armé de surveillance ;
 - les activités professionnelles comportant :
 - soit la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques,
 - soit la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices, d'engins et de produits explosifs,
 - soit le transport de matières inflammables ou explosives,
 - soit la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures d'une hauteur supérieure à 4 mètres.

Terrorisme

La compagnie participe au "Terrorism Reinsurance and Insurance Pool" (TRIP), constitué conformément à la loi du 3 mai 2024 relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. Par conséquent, lorsqu'un sinistre est causé par un événement reconnu comme du terrorisme, la compagnie exécute ses engagements conformément aux dispositions prévues par cette loi, notamment en ce qui concerne la hauteur des prestations et le délai de paiement. Dans cette hypothèse, pour les bénéficiaires concernés par l'événement, les prestations prévues dans le présent contrat seront revues en conséquence.

II.6. LE CALCUL ET LE PAIEMENT DE LA PRIME

Montant

La prime représente le prix que la compagnie demande pour garantir les prestations assurées par ce contrat. Son niveau tient compte de l'étendue des garanties, du caractère collectif du contrat, ainsi que de l'absence de garantie tarifaire à long terme propre à ce type de contrat.

Le mode de calcul et/ou le montant de la prime sont définis dans les conditions particulières (cf. Partie 1, point "Les primes annuelles").

Paiement des primes

Le preneur d'assurance effectue le versement des primes à la compagnie.
Les modalités de paiement des primes d'assurance sont précisées dans les conditions particulières.

En cas de non-paiement d'une échéance de prime pour l'ensemble des affiliés, le contrat sera résilié de plein droit après un délai de 30 jours à compter du lendemain du dépôt d'un envoi recommandé. Cette mise en demeure rappelle la date d'échéance de la prime et le montant de celle-ci. Elle précise également les conséquences du défaut de paiement dans le délai fixé ainsi que le point de départ de celui-ci.

II.7. LA MODIFICATION DE LA PRIME

Si la compagnie modifie son tarif pour l'une et/ou l'autre des garanties, elle a le droit d'appliquer cette modification de tarif au présent contrat à partir de l'échéance annuelle de prime suivante.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification au moins 4 mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat 2 mois au moins avant cette échéance. De ce fait, le contrat prend fin à cette échéance.

Si le preneur du contrat est averti de la modification moins de 4 mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat dans un délai de 3 mois à compter de l'envoi de la notification de modification. De ce fait, le contrat prend fin le premier jour du-deuxième-mois qui suit le mois de la signification, de la date du réceptionné ou du dépôt de l'envoi recommandé de résiliation mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle.

II.8. LA MODIFICATION DU CONTRAT

Si le preneur d'assurance demande une modification des conditions du contrat qui entraîne une augmentation du risque couvert, celle-ci est soumise à l'accord de la compagnie et aux conditions d'acceptation en vigueur au moment de la demande.

La modification doit être actée par un avenant ou tout autre document équivalent.

Dans l'éventualité où un affilié serait en incapacité de travail lors de la modification du contrat, le sinistre (y inclus les éventuelles aggravations futures) restera indemnisé sur la base des engagements prévus à sa date de survenance.

II.9. LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Déclaration de sinistre

Tout accident, toute maladie, grossesse et/ou accouchement susceptible de causer une invalidité économique de l'affilié doit être déclaré à la compagnie par le preneur d'assurance dès qu'il est en possession d'un document certifiant que l'incapacité de travail dépassera le délai de carence, et au plus tard dans un délai de 15 jours à partir de la fin du délai de carence.

Le preneur d'assurance ou l'affilié joint à la déclaration tout document, certificat ou rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité du sinistre.

Autres obligations du preneur d'assurance et de l'affilié

Le preneur d'assurance ou l'affilié fournit à la compagnie, dès que possible, les renseignements et les documents qu'elle leur demande.

L'affilié se soumet, dans les 30 jours, aux contrôles médicaux et autres formalités que lui demande la compagnie. En particulier, celle-ci peut exiger de l'affilié soit une attestation médicale précisant entre autres le diagnostic et émanant d'un médecin spécialisé dans l'affection dont souffre l'affilié, soit encore une attestation de suivi médical émanant d'un tel médecin spécialisé. Elle peut pareillement requérir qu'un contrôle à sa demande soit pratiqué par un tel médecin spécialisé qu'elle aurait elle-même désigné.

La compagnie définit librement la périodicité des contrôles médicaux et autres formalités en fonction des circonstances et de la nature de l'affection. Elle peut aussi demander que les contrôles médicaux aient lieu en Belgique.

Le preneur d'assurance ou l'affilié signale à la compagnie, dans les 15 jours, toute modification du degré d'invalidité ainsi que toute atténuation de l'invalidité permettant à l'affilié de reprendre, même partiellement, le travail. Dans ce cas, les prestations sont adaptées à partir de la date de la modification et les éventuelles sommes que la compagnie aurait payées indûment doivent lui être remboursées.

Sur la base des renseignements obtenus tant à l'occasion de l'affiliation que lors de la déclaration initiale de sinistre ainsi qu'en cours de sinistre, la compagnie juge de la réalité, de la durée et du degré de l'invalidité économique.

Conséquences d'un non-respect

La compagnie attire l'attention du preneur d'assurance et de l'affilié sur l'importance de ces obligations.

La compagnie pourrait être amenée à diminuer ses prestations en fonction du préjudice qu'elle subirait suite au non-respect, dans les délais indiqués, des obligations mentionnées ci-dessus, sauf si ce non-respect résulte d'un cas de force majeure.

De plus, la compagnie pourrait être amenée à refuser sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'affilié n'a pas exécuté les obligations décrites plus haut.

Contestation et expertise

Un éventuel désaccord de l'affilié et de son médecin sur un sujet médical doit être signalé à la compagnie dans les 15 jours de la notification de la décision de la compagnie.

La contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale, composée de deux médecins-experts, désignés l'un par l'affilié et l'autre par la compagnie. Ceux-ci désignent lors de l'expertise un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager en cas de désaccord.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le tribunal de Première Instance du domicile de l'affilié, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert. Les honoraires du troisième expert ainsi que ceux d'autres médecins auxquels il est fait appel sont partagés par moitié.

II.10. LA CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL

Lorsque l'affilié ne bénéficie plus de la couverture prévue par le présent contrat, et ce à une date antérieure à son âge légal de retraite, il peut, sous certaines conditions, continuer à titre individuel, sans formalités médicales, en tout ou en partie, la garantie Rente d'incapacité de travail pour laquelle il était couvert.

Pour pouvoir bénéficier de ce maintien de couverture, il faut que l'affilié ait été couvert de manière ininterrompue par un ou plusieurs contrats d'assurance successifs couvrant le risque d'incapacité de travail, souscrits auprès d'une compagnie d'assurance pendant au moins les deux dernières années précédant la date de la perte de couverture.

Le preneur d'assurance informe l'affilié, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice du présent contrat :

- de la date de la cessation de la couverture ;
- de la possibilité de maintenir la couverture à titre personnel ;
- du délai dans lequel l'affilié peut exercer son droit à la continuation individuelle ;
- des coordonnées de la compagnie d'assurance.

Dès son affiliation au présent contrat, le preneur d'assurance informe sans délai l'affilié de la possibilité pour celui-ci de payer individuellement une prime complémentaire.

II.11. LE REGIME FISCAL APPLICABLE AU CONTRAT

Législation applicable

Toutes charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature, présentes ou futures, applicables, soit aux primes, soit aux prestations dues, incombent au preneur d'assurance et au bénéficiaire.

En ce qui concerne les charges fiscales et/ou sociales qui grèvent éventuellement les primes, c'est la législation du pays d'établissement du preneur d'assurance qui est applicable.

Le régime fiscal applicable aux primes patronales et/ou personnelles est déterminé par la législation fiscale du pays d'établissement du preneur d'assurance et/ou du pays de résidence de l'affilié.

Les impôts applicables aux prestations dues ainsi que les autres charges éventuelles sont déterminés par la loi du pays de résidence du bénéficiaire et/ou par la loi du pays de la source des revenus.

Exonération des charges

Si le preneur d'assurance ou le bénéficiaire d'une prestation jouit d'une exonération totale ou partielle des charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature au regard de la législation applicable, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire doit informer préalablement la compagnie de cette exonération et apporter la preuve de celle-ci au moyen d'un document probant, comme par exemple une attestation officielle émanant de l'administration concernée ou une circulaire de l'administration.

A défaut de cette information préalable ou de la fourniture d'un document probant, la compagnie pourra retenir toutes les charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature.

La compagnie ne pourra en aucun cas supporter les conséquences financières des prélèvements au-delà des sommes récupérables auprès des autorités compétentes.

Régime fiscal applicable aux primes patronales relatives à la garantie Rente d'incapacité de travail

Conformément à l'article 59 du Code des Impôts sur les Revenus, les primes patronales ne peuvent bénéficier d'avantages fiscaux que dans la mesure où les prestations légales et complémentaires en cas d'incapacité de travail, exprimées en rentes annuelles, n'excèdent pas la rémunération brute annuelle normale de l'affilié.

Les prestations complémentaires en cas d'incapacité de travail comprennent toutes les prestations en cas d'incapacité de travail constituées au moyen de primes patronales.

II.12. LE DROIT APPLICABLE

Droit applicable et juridiction

Le contrat est régi par la loi belge.

Les contestations éventuelles entre parties sont soumises aux tribunaux belges.

Traitement des plaintes

Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le preneur d'assurance ou l'affilié à la compagnie par l'entremise de ses intermédiaires habituels.

Si le preneur d'assurance ou l'affilié ne partagent pas le point de vue de la compagnie, ils peuvent faire appel au service "Customer Protection" de la compagnie (Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, e-mail: customer.protection@axa.be, Tél. : 02/678 61 11).

Si le preneur d'assurance ou l'affilié estiment ne pas avoir obtenu, de cette façon, la solution adéquate, ils peuvent s'adresser au Service Ombudsman Assurances (Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, site: www.ombudsman-insurance.be), Tél : 02/547 58 71, en tant qu'entité qualifiée.

Le preneur d'assurance ou l'affilié ont toujours la possibilité de demander l'intervention du juge.

Protection des données

Les personnes concernées sont les affiliés dont la compagnie a enregistré les données personnelles dans le cadre de l'exécution du présent contrat.

Le preneur d'assurance communique à l'affilié, dès son affiliation au présent contrat d'assurance, toutes les informations édictées par la réglementation relative au traitement des données à caractère personnel (règlement Vie Privée).

Responsable du traitement des données

AXA Belgium, S.A. dont le siège social est établi Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367 (ci-après dénommée "la compagnie").

Délégué à la protection des données

Le délégué à la protection des données de la compagnie peut être contacté aux adresses suivantes :

par courrier postal: AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884)
Place du Trône 1
1000 Bruxelles

par courrier électronique: privacy@axa.be

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par la compagnie de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci, de l'employeur de la personne concernée ou de tiers, peuvent être traitées par la compagnie pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes :
 - Il s'agit des traitements effectués pour établir et tenir à jour les bases de données – en particulier les données d'identification – relatives à toutes les personnes physiques ou morales qui sont en relation avec la compagnie.
 - Ces bases de données sont tenues à jour et enrichies sur la base des informations que la personne concernée fournit à la compagnie ou d'informations provenant de sources externes de données.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'une obligation légale.
- la gestion du contrat d'assurance :
 - Il s'agit des traitements effectués en vue d'accepter ou refuser – de manière automatisée ou non – les risques préalablement à la conclusion du contrat d'assurance ou lors de remaniements ultérieurs de celui-ci; de confectionner, mettre à jour et mettre fin au contrat d'assurance; de recouvrer – de manière automatisée ou non – les primes impayées; de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'obligation légale.

- le service à la clientèle, l'amélioration du service à la clientèle et les enquêtes de satisfaction :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre des services digitaux fournis aux clients complémentairement au contrat d'assurance (par exemple, l'offre d'outils et de services afin de simplifier la gestion de la police d'assurance, d'accéder aux documents liés à la police ou de faciliter les formalités pour la personne concernée en cas de sinistre).
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance et/ou de ces services digitaux complémentaires.
- la gestion de la relation entre la compagnie et l'intermédiaire d'assurances :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre la compagnie et l'intermédiaire d'assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant en l'exécution des conventions entre la compagnie et l'intermédiaire d'assurances.
- la détection, prévention et lutte contre la fraude :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter – de manière automatisée ou non – contre la fraude à l'assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans la préservation de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurance elle-même.
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter – de manière automatisée ou non – contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution d'une obligation légale à laquelle la compagnie est soumise.
- la réalisation de tests, y compris les tests informatiques :
 - Cela inclut des traitements en vue de développer et d'assurer le fonctionnement approprié d'applications nouvelles ou mises à jour.
 - Ces traitements sont nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par la compagnie, consistant à développer des applications afin d'exercer ses activités liées aux finalités de traitements listées dans ce chapitre.
- la surveillance du portefeuille :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer – de manière automatisée ou non – l'équilibre technique et financier des portefeuilles d'assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans la préservation ou la restauration de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurances elle-même.
- les études et modèles statistiques pour générer des rapports :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que la sécurité routière, la prévention des accidents domestiques, la prévention des incendies, l'amélioration des processus de gestion de la compagnie, l'acceptation des risques et la tarification.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans l'engagement sociétal, dans la recherche d'efficacités et dans l'amélioration de la connaissance de ses métiers.
- la gestion et la surveillance des risques :

- Cela inclut des traitements par la compagnie ou un tiers afin d'effectuer la gestion et la surveillance des risques de l'organisation de la compagnie, y compris les inspections, la gestion des plaintes et l'audit interne et externe.
- Ces traitements sont nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle la compagnie est soumise ou aux fins des intérêts légitimes de la compagnie consistant à assurer des mesures de protection appropriées pour la gouvernance de ses activités.

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du Groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci (avocats, experts, médecins conseils, les inspecteurs privés dans le contexte de la détection des fraudes, réassureurs, coassureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, autres entreprises d'assurances, auditeurs externes, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, TRIP ASBL, Datassur, Alfa Belgium, le Fonds Commun de Garantie Belge (FCGB) et autres organisations sectorielles) en vue d'être traitées conformément à ces finalités.

Ces données peuvent également être communiquées aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé avec lequel la compagnie peut être amenée à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

Lorsque la personne concernée est également cliente d'autres entités du Groupe AXA, ces données à caractère personnel peuvent être traitées par la compagnie dans des fichiers communs en vue de la gestion du fichier des personnes, en particulier la gestion et la mise à jour des données d'identification.

La personne concernée peut recevoir des clauses spécifiques de la compagnie durant l'exécution de la police, par exemple une clause applicable au traitement d'un sinistre. Lesdites clauses spécifiques n'affecteront pas la validité de la présente clause ni son applicabilité pour les finalités énumérées ci-dessus.

Traitement de données sensibles

En vertu des lois applicables en matière de protection des données, certaines données (appelées "données personnelles sensibles") bénéficient d'une protection particulière. Parmi ces dernières, la compagnie traite les données relatives à la santé et aux condamnations pénales selon les principes suivants :

- Données concernant la santé

La compagnie ne traite les données concernant la santé de la personne concernée que sur base de son consentement explicite ou si elles sont nécessaires à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, conformément aux lois applicables. La compagnie ne traite pas les données concernant la santé de la personne concernée à des fins de marketing direct et ne permet pas non plus à des tiers de le faire.

- Données à caractère personnel relatives aux condamnations pénales et aux infractions

La compagnie traite des données à caractère personnel relatives à des condamnations pénales et à des infractions, dans le but de constater, d'exercer ou de défendre des droits en justice et/ou en cas de fraude. Ces données sont traitées dans des cas très limités et uniquement dans la mesure où la loi le permet, en prévoyant des garanties appropriées pour les droits et libertés de la personne concernée.

Traitement des données à des fins de géolocalisation

Dans le cas où la compagnie utilise les données à caractère personnel de la personne concernée à des fins de géolocalisation, le consentement de cette dernière est demandé sauf si la base légale pour ce traitement repose sur une obligation légale ou lorsque le traitement est nécessaire pour exécuter le contrat d'assurance. En tous cas, il est fait explicitement mention de la collecte de données de géolocalisation dans le contrat d'assurance.

Transfert des données hors de l'Union Européenne et en dehors

Les autres entreprises du Groupe AXA, les entreprises et/ou les personnes en relation avec celles-ci auxquelles les données à caractère personnel sont communiquées, peuvent être situées aussi bien dans l'Union Européenne qu'en dehors. En cas de transferts de données à caractère personnel à des tiers situés en

dehors de l'Union Européenne, la compagnie se conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elle assure, notamment, un niveau de protection adéquat aux données à caractère personnel ainsi transférées sur la base des mécanismes alternatifs mis en place par la Commission européenne, tels les clauses contractuelles standard, ou encore les règles d'entreprise contraignantes du Groupe AXA en cas de transferts intragroupe (Mon. B. 6/10/2014, p. 78547).

La personne concernée peut obtenir une copie des mesures mises en place par la compagnie pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande à la compagnie à l'adresse indiquée ci-dessous (paragraphe "Contacter AXA Belgium"). La personne concernée peut aussi obtenir une liste des pays pour lesquels une décision d'adéquation des transferts est existante ou non.

Conservation des données

La compagnie conserve les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres, avec mise à jour de celles-ci chaque fois que les circonstances l'exigent, prolongée du délai légal de conservation ou du délai de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

La compagnie conserve les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles elle n'a pas donné suite jusqu'à cinq ans après l'émission de l'offre ou du refus de conclure.

Nécessité de fournir les données à caractère personnel

La compagnie demande les données à caractère personnel liées à la personne concernée afin de conclure et d'exécuter la police d'assurance. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Confidentialité

La compagnie a pris toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données à caractère personnel et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci.

A cette fin, la compagnie suit les standards de sécurité et de continuité de service et évalue régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de ses partenaires.

Les droits de la personne concernée

La personne concernée a le droit :

- d'obtenir de la compagnie la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ;
- de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes ;
- de faire effacer ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes de la compagnie. Le responsable du traitement ne traite plus les données à caractère personnel, à moins qu'il ne démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés de la personne concernée ;
- de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ;
- de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative ;sauf si ce

traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, auquel cas elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part de la compagnie, d'exprimer son point de vue et de contester la décision de la compagnie ;

- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies à la compagnie, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine ; de transmettre ces données à un autre responsable du traitement, lorsque (i) le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement ou pour les besoins de l'exécution d'un contrat et (ii) le traitement est effectué à l'aide de procédés automatisés ; et d'obtenir que ses données à caractère personnel soient transmises directement d'un responsable du traitement à un autre, lorsque cela est techniquement possible ;
- de retirer son consentement à tout moment, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui, lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement.

Modifications apportées à la présente clause de protection des données

Le traitement des données à caractère personnel peut évoluer selon plusieurs facteurs, comme les changements réglementaires, les développements techniques et les modifications des finalités du traitement. La compagnie publiera régulièrement des versions actualisées de la clause de protection des données sur la page "Vie privée" du site AXA.be. En cas de modifications majeures, la compagnie fournira des efforts raisonnables pour s'assurer que les personnes concernées en prennent connaissance.

Contacter AXA Belgium

Lorsqu'elle est cliente de la compagnie, la personne concernée peut consulter son Espace Client sur AXA.be et y gérer ses données personnelles et ses préférences en matière de Direct Marketing, ainsi que consulter les données la concernant.

La personne concernée peut contacter la compagnie pour exercer ses droits en complétant le formulaire disponible à la page "[Nous contacter](#)" via le bouton "La protection de vos données", accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be.

La personne concernée peut aussi contacter la compagnie pour exercer ses droits par courrier postal daté et signé, accompagné d'une copie de la carte d'identité, adressé à : AXA Belgium Data Protection Officer (TR1/884), place du Trône 1 à 1000 Bruxelles.

La compagnie traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

Introduire une plainte concernant le traitement des données à caractère personnel

Si la personne concernée estime que la compagnie ne respecte pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter en priorité la compagnie. La personne concernée peut introduire une plainte auprès de la compagnie via l'adresse e-mail privacy@axa.be ou en complétant le formulaire disponible à la page "Nous contacter" via le bouton "Mécontent à propos d'un produit ou d'un service ? Signalez-le ici". Ce formulaire est accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be.

La personne concernée peut aussi introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35
contact@apd-gba.be

La personne concernée peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

PARTIE III - LEXIQUE

Accident

Événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'affilié et entraînant une lésion corporelle.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade ;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives, soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs ;
- les complications des lésions initiales produites par un accident couvert ;
- la rage et le tétanos.

Le suicide n'est pas considéré comme un accident.

Accident du Travail ou sur le chemin du travail

Accident qui se produit sur le lieu du travail ou sur le chemin du travail, dans l'exercice de l'activité professionnelle auprès du preneur d'assurance.

La notion doit être interprétée au sens de la législation sociale belge en la matière applicable aux travailleurs salariés, sous réserve des restrictions ou exclusions spécifiques prévues au présent contrat.

Accident de la vie privée

Accident qui ne se produit ni dans l'exercice de l'activité professionnelle ni sur le chemin du travail.

Affilié

L'affilié est la personne qui fait partie de la catégorie pour laquelle le preneur d'assurance a souscrit une assurance collective couvrant le risque d'incapacité de travail et qui remplit les conditions d'affiliation.

Domicile

Le domicile légal dans le pays de résidence de l'affilié.

Délai de carence

Délai fixé dans les conditions particulières du contrat (cf. Partie I, point "la garantie exonération des contributions" et point "la garantie rente d'incapacité de travail") pendant lequel aucune prestation n'est due de la part de la compagnie. Il débute à la date fixée dans la décision médicale comme étant celle du début de l'invalidité.

Il doit être observé séparément pour chaque invalidité économique.

Etat d'ivresse

Etat d'une personne qui n'a plus le contrôle permanent de ses actes, sans qu'il soit requis qu'elle ait perdu la conscience de ceux-ci.

Invalidité et incapacité de travail

L'invalidité est l'état de l'affilié atteint d'une diminution de son intégrité corporelle ou psychique à la suite de la réalisation d'un événement couvert par le contrat.

L'invalidité économique correspond à la diminution ou à la perte de la capacité de travail de l'affilié, résultant d'une diminution de son intégrité corporelle ou psychique.

L'incapacité de travail équivaut à l'état de perte de capacité de travail totale ou partielle de l'affilié.

Dans les conditions générales et particulières, les termes Invalidité et Incapacité (de travail) doivent se lire en regard de ces définitions et sans référence à des notions parallèles émanant de la législation sociale ou fiscale.

Maladie

Altération de la santé physique ou psychique, d'origine non accidentelle et présentant des symptômes objectifs.

Maladie psychologique

Altération de la santé psychique, présentant des symptômes objectifs et reconnue comme trouble mental ou du comportement sur la base des classifications internationales CIM-10 (Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation mondiale de la santé) ou DSM-V (et versions ultérieures) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association Américaine de Psychiatrie).

Est assimilée à une maladie psychologique l'invalidité économique consécutive à un burn-out.

Une telle altération de la santé psychique n'est prise en compte que dans la mesure où elle a une dimension incapacitante dans l'exercice des activités professionnelles. Le caractère incapacitant et son degré s'établissent sur une base médicale, indépendamment des critères de mise au travail propres au preneur d'assurance.

Les déficiences mentales innées et les troubles d'apprentissage sont réputés ne pas relever des maladies au sens du présent contrat.

Prestation

Montant payable par la compagnie en vertu du contrat d'assurance.

Sortie (pour un travailleur salarié)

- Soit l'expiration du contrat de travail autrement que par décès ou mise à la retraite.
- Soit la fin de l'affiliation en raison du fait que le travailleur ne remplit plus les conditions d'affiliation, sans que cela coïncide avec l'expiration du contrat de travail autrement que par décès ou mise à la retraite.
- Soit le transfert du travailleur dans le cadre d'un transfert d'entreprise, d'établissement ou de partie d'entreprise ou d'établissement à une autre entreprise ou à un autre établissement résultant d'une cession conventionnelle ou d'une fusion lorsque le régime de pension du travailleur n'est pas transféré.

Sortie (pour un dirigeant d'entreprise indépendant)

- Cessation des fonctions de l'affilié auprès de la société autrement que par décès ou mise à la retraite.
- Transfert du dirigeant d'entreprise dans le cadre d'un transfert d'entreprise, d'établissement ou de partie d'entreprise ou d'établissement à une autre entreprise ou à un autre établissement résultant d'une cession conventionnelle ou d'une fusion lorsque le régime de pension du dirigeant n'est pas transféré.

Terrorisme

Action ou menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.