



ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DU RISQUE INVALIDITE CONNEXE A UN ENGAGEMENT DE PENSION DISPOSITIONS GENERALES

P&V ASSURANCES s.c.r.l.

rue Royale, 151
B-1210 Bruxelles
Tél. 02/250 91 11 Fax 02/250 92 30
www.pv.be
IBAN BE29 8777 9394 0464 BIC BNAGBEBB
R.P.M./T.V.A. BE 0402.236.531

Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 0058
Membre du Groupe P&V

000/ACFI/fr • 08-14

DISPOSITIONS GENERALES Edition 03/06



DISPOSITIONS GENERALES *Edition 03/06*

**ASSURANCE COMPLEMENTAIRE
DU RISQUE INVALIDITE
CONNEXE A UN ENGAGEMENT DE PENSION
DISPOSITIONS GENERALES**



PREAMBULE

La présente assurance est complémentaire à un engagement de pension dénommé « assurance principale » dans le présent texte.

Lorsque l'engagement de pension est collectif, il prend la forme d'une assurance de groupe.

Lorsqu'il s'agit d'un engagement de pension occasionnel et non systématique au profit d'un affilié et/ou de ses ayants droit, il prend la forme d'une assurance d'engagement individuel de pension.

Les dispositions générales et particulières de l'assurance principale, non contraires aux dispositions qui suivent, sont d'application.

En cas de résiliation, de rachat ou de réduction de l'assurance principale, cette assurance complémentaire sera résiliée de plein droit à la même date.

La résiliation de cette assurance complémentaire n'entraîne aucune conséquence sur le cours de l'assurance principale.

Définitions

CONVENTION D'ASSURANCE

La convention est constituée par les présentes dispositions générales, par les dispositions particulières qui leur sont obligatoirement jointes ainsi que par les annexes éventuelles.

Les dispositions particulières ainsi que les annexes doivent être revêtues des signatures du preneur et de la Société.

PRENEUR

L'employeur ou l'entreprise, personne physique ou morale, qui conclut le contrat avec la Société et qui s'engage au paiement des primes.

AFFILIE

Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui répond aux conditions d'affiliation fixées aux dispositions particulières.

LA SOCIETE

La Société Coopérative à Responsabilité Limitée "P&V ASSURANCES" ayant son siège social 151 rue Royale à B-1210 Bruxelles.

PRIME D'ASSURANCE

Somme, taxe sur les contrats d'assurance, impôts et cotisations légales inclus, payée par le preneur à la Société en contrepartie des garanties.

Edition 03/06

DISPOSITIONS GENERALES



MALADIE

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé présentant des symptômes physiques objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de la constatation de la maladie.

ACCIDENT

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'affilié par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

ACCIDENT DU TRAVAIL

Tout accident pris en charge dans le cadre de la législation relative aux accidents du travail.

ACCIDENT DE LA VIE PRIVÉE

Tout accident non pris en charge dans le cadre de la législation relative aux accidents du travail.

DELAI DE CARENCE

Période durant laquelle aucune prestation n'est servie pour une invalidité garantie. La durée du délai de carence est fixée aux dispositions particulières.

DELAI D'ATTENTE

Période à l'expiration de laquelle la prestation est servie avec effet au premier jour de l'invalidité, pour une invalidité garantie. La durée du délai d'attente est fixée aux dispositions particulières.

L'INVALIDITE PHYSIOLOGIQUE

Est la diminution de l'intégrité corporelle de l'affilié. Son degré est déterminé par des médecins par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.).

L'INVALIDITE ECONOMIQUE

Est la diminution de la capacité de travail de l'affilié résultant de son invalidité physiologique. Son degré est fixé proportionnellement à la perte, consécutive à un accident ou une maladie, évaluée par des médecins, de l'aptitude physique de l'affilié à exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances et ses aptitudes. L'appréciation de ce degré d'invalidité est donc indépendante de tout autre critère économique.

Acceptation du risque

ARTICLE 1

La Société se réserve le droit de subordonner l'acceptation d'un affilié ou l'augmentation de la garantie au résultat favorable d'un examen médical, dans la mesure où la loi et les dispositions de l'assurance principale le permettent. Lorsqu'une surprime est appliquée, celle-ci est à charge du preneur, hormis pour ce qui résulte d'un choix personnel de l'affilié, auquel cas cette surprime est à la charge exclusive de ce dernier.

Quel est l'objet de l'assurance ?

ARTICLE 2

En échange des primes que le preneur lui verse, la Société peut garantir les prestations suivantes:

- l'exonération du paiement des primes de l'assurance principale;
- le paiement d'une rente d'invalidité;

dans les limites prévues par les dispositions générales et particulières, lorsque l'affilié subit une période d'invalidité, c'est à dire, pendant la période où il est incapable de travailler suite à un accident ou une maladie.

Quelle est l'étendue des prestations ?

ARTICLE 3

1. Exonération du paiement des primes de l'assurance principale.

En cas de maladie ou d'accident dont la couverture est prévue aux dispositions particulières, le preneur et l'affilié seront exonérés du paiement des primes de l'assurance principale pendant la durée de l'invalidité, proportionnellement au taux de prestation.

La prime de l'assurance principale à prendre en considération pour l'exonération est celle qui permet le maintien des avantages qui étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité, compte tenu du mode de financement de l'assurance.

Le preneur et l'affilié seront exonérés du paiement de la prime d'assurance complémentaire du risque invalidité - garantie exonération, dans les mêmes conditions et dans la même mesure que celles de l'assurance principale.

2. Rente d'invalidité.

En cas de maladie ou d'accident, dont la couverture est prévue aux dispositions particulières, la Société s'engage à servir une rente à l'affilié pendant la durée de l'invalidité.

Cette rente d'invalidité qui sera servie est celle qui correspond à la rente annuelle assurée sur laquelle la prime est calculée au moment de la survenance de l'invalidité, multipliée par le taux de prestation.

La rente assurée est définie forfaitairement ou adaptée aux rémunérations suivant les dispositions fixées aux dispositions particulières.

Ces adaptations ne seront pas appliquées aux rentes servies pendant les périodes d'invalidité.

L'indexation annuelle prévue par les dispositions particulières est appliquée pour la première fois le 1er jour du 13ième mois qui suit celui au cours duquel le paiement de la rente d'invalidité a débuté.

Cette augmentation est appliquée au montant de la rente d'invalidité servie à ce moment.

Le preneur et l'affilié seront exonérés du paiement de la prime d'assurance complémentaire du risque invalidité - garantie rente d'invalidité, dans les mêmes conditions et dans la même mesure que celles de l'assurance principale.

3. Modalités de paiement

Le paiement de la rente, déduction faite des éventuelles retenues fiscales, sociales ou autres que la Société est tenue d'opérer, s'effectue par fractions mensuelles, à terme échu, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse.

Comment le taux de prestation est-il fixé ?

ARTICLE 4

1. Le taux de prestation est égal au degré d'invalidité économique telle que définie ci-avant.

2. Le taux de prestation est fixé à 100 % lorsque le degré d'invalidité économique atteint au moins 67 %.

3. Conformément à l'article 6.3.a) des présentes dispositions générales, les invalidités éventuelles existant déjà au moment de l'adhésion à la présente convention, au moment de sa remise en vigueur, au moment de l'extension de la garantie ou résultant d'un risque exclu par la présente convention, ne peuvent pas intervenir pour la détermination du taux de prestation. Le taux de prestation qui en résulte sera déduit du taux de prestation déterminé au point 1) ci-dessus.

4. Toutefois, l'aggravation de l'affection ou de l'invalidité est prise en considération, pour les cas de maladie, si la victime est affiliée à la présente convention depuis plus d'un an et n'a pas subi, au cours de cette période, d'invalidité résultant de la cause préexistante.





5. Si une modification de l'état de santé de l'affilié entraîne un changement du degré d'invalidité économique, les prestations seront adaptées en fonction du nouveau taux de prestation à partir du jour de sa constatation par un médecin.

A partir de quand le droit aux prestations s'ouvre-t-il ?

Quand cesse-t-il ?

ARTICLE 5

1. Le droit aux prestations s'ouvre :

- a) au plus tôt à la date de prise d'effet de la convention indiquée aux dispositions particulières;
- b) lorsque le taux de prestation atteint au moins 25 %;
- c) à l'expiration d'un délai de carence ou d'attente dont la durée est précisée aux dispositions particulières. Il sera toutefois toujours appliqué un délai de carence de 12 mois en cas de maladie survenant à partir de l'âge de 60 ans.
Le délai de carence ou d'attente prend cours à la date qui a été fixée par des médecins comme étant celle du début de l'invalidité.
- d) Si une nouvelle invalidité survient pour la même cause dans les trois mois qui suivent la fin de l'invalidité précédente, un nouveau délai de carence ou d'attente ne sera pas appliqué.

2. Le droit aux prestations cesse :

- a) lorsque le taux de prestation devient inférieur à 25 %;
- b) au décès de l'affilié;
- c) lorsque l'affilié atteint l'âge fixé par les dispositions particulières comme étant celui de la fin des prestations;
- d) à la date à laquelle l'affilié bénéficie d'une pension de retraite (anticipée ou non);
- e) à la date de prépension.

Dans quels cas n'y a-t-il pas de prestations ?

ARTICLE 6

1. La prestation N'EST JAMAIS ACQUISE lorsque l'invalidité résulte :

- a) d'un risque non couvert par l'assurance principale;
- b) d'une affection dont les symptômes ne peuvent être objectivés;
- c) d'une affection mentale ou nerveuse, à l'exception de celles :
 - nécessitant un internement, prescrit par un médecin, dans un établissement psychiatrique ou hospitalier; la garantie n'est toutefois acquise que pendant la durée de l'hospitalisation ou du séjour dans l'établissement psychiatrique;
 - consécutives à une perte anatomique ou fonctionnelle d'un membre ou d'un organe.

L'affection mentale ou nerveuse dont le diagnostic repose sur des signes anatomiquement décelables, est néanmoins couverte.



d) de toutes formes de dépression, à l'exception de celles :

- nécessitant un internement, prescrit par un médecin, dans un établissement psychiatrique ou hospitalier; la garantie n'est toutefois acquise que pendant la durée de l'hospitalisation ou du séjour dans l'établissement psychiatrique;
- consécutives à une perte anatomique ou fonctionnelle d'un membre ou d'un organe.

Pour les exceptions reprises aux points c) et d) ci-dessus, les prestations ne seront toutefois octroyées que pendant une durée de maximum 2 années consécutives ou non s'étalant sur toute la durée de cours de la convention ou des conventions ultérieures de même nature souscrites auprès de la Société.

e) de la pratique d'un sport quelconque pour lequel l'affilié perçoit des rémunérations ou des indemnités soumises à des retenues de sécurité sociale;

f) de soins et traitements esthétiques et leurs suites, sauf si ceux-ci résultent d'une maladie ou d'un accident pour lequel la Société intervient;

g) de cataclysmes naturels;

h) d'une faute lourde, définie comme suit :

- participation volontaire de l'affilié à un crime ou un délit, à des rixes, paris ou défis;
- tout fait intentionnel de l'affilié, du preneur ou de leurs ayants droit ayant pour conséquence, l'invalidité de l'affilié.
La garantie reste toutefois acquise à l'affilié agissant dans le cadre d'un sauvetage de personnes ou de biens;
- tentative de suicide de l'affilié;
- ivresse, intoxication alcoolique, alcoolisme, toxicomanie ou usage non thérapeutique de médicaments, stimulants, drogues, stupéfiants ou de substances hallucinogènes, sauf s'il est prouvé qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre ces états et l'invalidité de l'affilié;

i) d'une circonstance ou fait quelconque qui donne lieu à limitation des prestations prévues en cas de décès dans le cadre de l'assurance principale.

2. Lorsque l'invalidité résulte d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations ne sont acquises qu'à partir du 4ème mois qui suit la délivrance.

3. SAUF stipulation contraire dans les dispositions particulières et moyennant paiement d'une surprime pour risque aggravé, la garantie n'est pas acquise lorsque l'invalidité résulte:

a) d'une infirmité ou d'un état de santé déficient de l'affilié qui existait déjà au moment de la prise d'effet, de l'extension ou de la remise en cours des garanties contractuelles;

b) de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes; excepté dans le cadre d'un traitement, non expérimental, médicalement prescrit;

c) de travaux, effectués dans le cadre d'activités professionnelles, à une hauteur supérieure à quatre mètres; descente en puits, mines ou carrières en galeries; travaux sur installations électriques à haute tension; manipulation d'engins et de produits explosifs ou corrosifs; activités sur un chantier de construction ou de démolition, souterrain ou sous eau.

d) de la participation, à l'aide d'un véhicule automoteur, à des compétitions (entraînements et essais compris), courses de vitesse, paris ou défis, excepté les rallyes touristiques.



4. SAUF stipulation contraire dans les dispositions particulières et moyennant paiement d'une surprime pour risque aggravé, les prestations sont réduites de moitié lorsque l'invalidité résulte:

- a) de la pratique, en tant que conducteur ou passager, de la moto, du quad ou du cyclomoteur :
 - équipé d'un moteur dont la cylindrée dépasse 49 cc ;
 - ou dont la vitesse peut dépasser 40 km/h sur terrain plat.
- b) de la pratique des sports de combat, de défense et des arts martiaux;
- c) de la pratique des sports suivants: le saut à l'élastique, le bobsleigh, le karting, la plongée sous-marine, l'alpinisme, la spéléologie;
- d) de la pratique des sports aériens (parachutisme, vol à voile, deltaplane, ULM, parasailing,...).

Quelle est l'étendue territoriale ?

ARTICLE 7

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'affilié ait sa résidence habituelle ou son domicile en Belgique et qu'un contrôle de l'invalidité puisse être exercé en Belgique.

Comment la prime est-elle calculée ?

ARTICLE 8

La prime de l'assurance « Exonération » est fixée à un pourcentage des primes de l'assurance principale. Celle de l'assurance « Rente d'invalidité » est fixée à un pourcentage de la rente garantie.

A quel moment la convention d'assurance prend-elle effet ?

ARTICLE 9

La convention prend effet à la date indiquée aux dispositions particulières, mais pas avant le paiement de la première prime.

Le paiement de la première prime équivaut à l'acceptation des conditions de la convention par le preneur.

La Société n'est tenue à aucune prestation suite à un sinistre survenu alors que ces conditions n'étaient pas remplies.

Si dans un délai de 30 jours à compter de la date d'émission, la première prime n'a pas été payée, la convention sera considérée comme non avenue.

La convention d'assurance est conclue pour une période d'un an.

A la fin de chaque période annuelle, elle se renouvelle tacitement et aux mêmes conditions pour une durée égale, sauf résiliation par l'une des parties, actée par l'envoi d'une lettre recommandée déposée à la poste trois mois au moins avant la fin de l'année d'assurance.

Que se passe-t-il en cas de modification de la convention ?

ARTICLE 10

Si la Société modifie ses dispositions générales d'assurance ou ses conditions tarifaires, elle peut appliquer les dispositions ou les tarifs modifiés dès l'échéance annuelle suivante. Elle notifie cette modification au preneur d'assurance, au moins 120 jours avant cette date d'échéance. Toutefois, dans les 90 jours suivant la réception de cette notification, le preneur peut résilier la convention. Passé ce délai, les nouvelles dispositions sont considérées comme agréées.

La faculté de résiliation prévue au premier alinéa n'existe pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurance résultent d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme à toutes les entreprises d'assurances.



A quel moment la couverture d'assurance prend-elle fin ?

ARTICLE 11

La couverture d'assurance prend fin en cas de:

- décès de l'affilié;
- transfert de résidence de l'affilié hors de Belgique;
- nullité pour cause d'omission ou d'inexactitude, intentionnelles, dans la déclaration induisant la Société en erreur sur les éléments d'appréciation du risque lors de la conclusion, de la modification ou de la remise en cours de l'assurance;
- résiliation de la convention par la Société ou par le preneur, autorisée par les dispositions générales;
- au terme de la convention;
- en cours de convention, dès que les critères définis aux dispositions particulières pour bénéficier de la présente assurance ne sont plus satisfaits.

Quelles sont les obligations à remplir par le preneur et l'affilié ?

ARTICLE 12

S'acquitter des points suivants:

a) A la souscription de la convention:

Communiquer à la Société, toutes les circonstances connues d'eux dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent des éléments d'appréciation du risque.

b) Au cours de la convention:

1. Paiement des primes.

Le montant et les modalités de paiement de la prime de l'assurance sont fixés aux dispositions particulières.

Le preneur est avisé du montant de la prime au moyen d'un bordereau établi par la Société.

La prime est payable à partir de la date de prise d'effet de l'assurance et suivant les mêmes modalités que l'assurance principale.

Le preneur peut, à tout moment, cesser de payer les primes de cette assurance et en demander la résiliation par un écrit daté et signé, suivant les dispositions prévues par la convention d'assurance.

En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de prime, sauf accord entre parties, l'assurance sera résiliée de plein droit 30 jours après l'envoi au preneur, à son dernier domicile connu par la Société d'une lettre recommandée contenant rappel de l'échéance et indiquant la conséquence du non-paiement.

2. Notifications.

- a) Tout changement des ou dans les activités professionnelles de l'affilié, toute cessation de ses activités professionnelles, tout déplacement de sa résidence habituelle hors de Belgique ainsi que tout élément susceptible de modifier le risque assuré doit être notifié dans les 30 jours de sa survenance par écrit à la Société.
- b) Faute de notification dans ce délai, le preneur et l'affilié sont déchus des droits résultant de la présente convention lorsque le changement intervenu est de nature à modifier le risque de telle sorte que si la Société en avait eu connaissance, elle n'aurait pas contracté aux mêmes conditions.
- c) La Société se réserve expressément le droit de modifier les conditions d'assurance endéans les 30 jours de la réception de la notification.



3. Déclarations en cas de sinistre.

- a) Sous peine d'encourir la déchéance du droit aux prestations, tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner l'invalidité de l'affilié doit être déclaré par écrit à la Société (sur un formulaire émanant de celle-ci) dans le délai d'un mois à dater de la fin du délai de carence ou d'attente. Toutefois, la déchéance n'est pas encourue si la déclaration est faite dans un délai d'un an, à partir du jour de l'accident ou du jour où la maladie s'est déclarée, s'il a été établi qu'il a été impossible de faire plus tôt ladite déclaration et s'il est encore possible d'effectuer le contrôle médical prévu à l'article 13 des présentes dispositions générales.
- b) A cette déclaration sera joint un certificat du ou des médecins traitants, rédigé sur un formulaire délivré par la Société et spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée probable de l'invalidité. La Société se réserve le droit d'exiger tous les renseignements qu'elle jugera nécessaires.
- c) L'affilié autorisera les médecins traitants à communiquer aux médecins-conseil de la Société toutes les informations qu'ils possèdent sur son état de santé.
- d) Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les délégués de la Société puissent rencontrer l'affilié et que ses médecins-conseil puissent examiner celui-ci en tout temps. Ils doivent être à même de remplir, en Belgique, toutes les missions jugées nécessaires par la Société dans un délai de 30 jours à dater de la notification émanant de celle-ci.
- e) Toute aggravation ou atténuation du degré d'invalidité et toute cessation de l'invalidité doit être signalée à la Société dans un délai d'un mois; en cas d'omission, toutes sommes indûment payées par la Société devront lui être restituées.

Contrôle et arbitrage

ARTICLE 13

1. Sur base des renseignements fournis, la Société juge de la réalité, de la durée et du degré de l'invalidité. Elle mandate éventuellement un médecin afin de contrôler l'invalidité et notifie sa décision au preneur. Cette décision est considérée comme acceptée si le preneur ne signifie pas, par écrit, à la Société son désaccord dans les 16 jours de la notification.
2. Toute contestation médicale peut être soumise à deux experts médecins, l'un nommé par le preneur et l'autre par la Société.
En cas de désaccord, les experts peuvent s'adjoindre un troisième expert, qui décide souverainement.

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 peut être faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'affilié à la demande de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son expert. Les honoraires et frais du troisième expert, les frais de sa désignation ainsi que les frais d'examens complémentaires sont partagés par moitié. Les experts peuvent être dispensés de toutes formalités judiciaires.

Subrogation

ARTICLE 14

Lorsque la Société intervient ou est tenue d'intervenir dans le cadre de la présente convention, elle est subrogée dans tous les droits et actions appartenant à l'affilié contre les tiers responsables du dommage. Dès lors, l'affilié ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de la Société.

Quelles sanctions peuvent être appliquées ?

ARTICLE 15

En cas de manquement du preneur ou d'un affilié aux obligations lui imposées par la présente convention ou s'il commet une fraude ou une tentative de fraude en vue d'obtenir des prestations indues et sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire éventuelle, la Société :

- a le droit de refuser la continuation de la couverture d'assurance pour cet affilié et/ou de résilier la présente convention;
- n'est tenue à aucune prestation;
- se réserve le droit de réclamer le remboursement des prestations payées indûment, majorées des intérêts légaux et des frais exposés.

Cet article n'est cependant pas d'application si le preneur ou l'affilié donne la preuve que ce manquement est dû à un cas de force majeure ou n'a causé aucun préjudice à la Société.

Que faire en cas de changement de domicile ?

ARTICLE 16

Le domicile des parties est élu de droit :

- celui de la Société, à son siège social;
- celui du preneur, à la dernière adresse connue de la Société;
- celui de l'affilié, à la dernière adresse connue de la Société.

En cas de changement de domicile du preneur ou de l'affilié, ceux-ci s'engagent à prévenir la Société par écrit, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile officiellement connu de la Société.

Quels sont les tribunaux compétents ?

ARTICLE 17

La loi belge est applicable à la convention.

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

- En première instance: au service Gestion des Plaintes de P&V,
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tel : 02/250.90.60, E-mail: plainte@pv.be
- En appel : l'Ombudsman des Assurances,
square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as.

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





DISPOSITIONS GENERALES *Edition 03/06*



Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Le présent avenant fait partie intégrante des dispositions générales suivantes (en ce compris leurs éventuels avenants) de P&V Assurances SCRL :

- Dispositions générales applicables aux engagements de pension (Edition 11/05) ;
- Structure d'accueil – Règlement (Edition 11/05) ;
- Assurance complémentaire du risque décès par accident (Edition 03/06) ;
- Assurance complémentaire du risque invalidité (Edition 03/06).

Le présent avenant porte sur les modifications apportées à la législation en vigueur 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.

Les dispositions suivantes prendront effet le 25 mai 2018 et remplacent les dispositions antérieures relatives à la protection de la vie privée contenues dans les dispositions générales susmentionnées.

Les dispositions dérogeant aux dispositions générales, reprises dans les dispositions particulières, resteront applicables dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions légales en vigueur.

AVENANT (Edition 04/18)

En sa qualité de responsable du traitement, P&V Assurances SCRL, 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 ou structure d'accueil ;
- Déclaration de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement ;
- Modification de l'attribution bénéficiaire en cas de décès ;
- Proposition ou étude d'une assurance de groupe ;
- Questionnaire médical ou rapport ;
- Allocation en cas de vie ou de décès et octroi d'une avance ;
- 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 SCRL, 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 ;
- L'octroi et la gestion d'avances et conventions de bénéficiaire acceptant ;
- 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 SCRL ;
- 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 SCRL ;
- 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 SCRL 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 SCRL. 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 SCRL prendra les mesures de précaution qui s'imposent pour garantir un niveau de sécurité maximal.

P&V Assurances SCRL 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 SCRL 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 SCRL 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 SCRL peut transmettre des données personnelles à des pays tiers. Le cas échéant, P&V Assurances SCRL 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 SCRL 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 SCRL, 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.privacycommission.be/fr).