

Notice d'information sur l'assurance (réf 16.36.96 - 10/2018)

Contrat d'assurance groupe n° 2.009.175 souscrit par COFIDIS S.A. auprès de ACM IARD S.A. pour le compte de ses clients.

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES

a. Assureur : ACM IARD S.A. Société anonyme de droit français, au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG - TVA FR87352406748 - Siège Social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG - FRANCE - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN Cedex - FRANCE - Entreprise régie par le Code des assurances français et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest CS92459 - 75436 PARIS cedex 09 - France.

Assisteur : AGA International S.A. (Allianz Global Assistance), rue des Hirondelles 2, à 1000 Bruxelles, agréée sous le numéro 2769 - numéro d'entreprise : 0837.437.919.

Intermédiaire : COFIDIS S.A. - société anonyme de droit belge établie à B-7501 Orcq, chaussée de Lille, 422A, agissant en qualité d'agent en assurance. Entreprise soumise au contrôle de la FSMA rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles et immatriculée sous le numéro 043235A.

b. Cette assurance permet à l'assuré en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) ou de perte d'emploi (PE) de bénéficier d'un forfait mensuel. Les cas d'exclusions, les modalités de paiement et l'existence d'un délai de carence sont précisés dans les conditions générales. Des prestations d'assistance sont également incluses.

c. Le montant de la prime annuelle est calculé sur la base du tarif en vigueur à la date d'adhésion. Ce tarif est révisable annuellement.

d. Les primes sont payables mensuellement selon le mode choisi par l'assuré et mentionné dans le certificat d'adhésion :

- soit par prélèvement sur le compte bancaire désigné par l'assuré,
- soit par prélèvement automatique sur le crédit souscrit par l'assuré (dans ce cas, le paiement des primes mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation du crédit, telles que définies par l'organisme financier).

A défaut de choix, les primes seront prélevées sur le compte bancaire désigné par l'assuré. Ce choix est modifiable à tout moment sur simple demande de la part de l'assuré.

e. L'assuré dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer à son adhésion, sans pénalités et sans indication de motif. Ce délai court à dater de la conclusion du contrat. Pour cela, il lui suffit d'écrire à COFIDIS - Chaussée de Lille 422A -7501 Orcq, une lettre de renonciation rédigée sur le modèle défini au point 5.

f. L'adhésion est annuelle. Elle se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois qui précède la date anniversaire du contrat.

L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

g. L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en adressant à COFIDIS une lettre de résiliation.

h. Les présentes informations précontractuelles sont mises à disposition du consommateur conformément au droit belge. La conclusion et l'exécution du contrat d'assurance sont soumises au droit belge.

i. Les présentes informations précontractuelles sont disponibles en français et en néerlandais. La langue française est réputée être la langue de la présente assurance. Toute communication relative à la conclusion, l'exécution et/ou l'interprétation du contrat d'assurance sera faite dans la langue française.

j. En cas de contestation, vous pouvez toujours vous adresser à l'ASBL - Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (fax 02 5475975, e - mail : info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité pour l'Assuré d'intenter une action en justice.

OBLIGATION DE DECLARATION

L'assuré a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de

fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omission ou inexactitude intentionnelle :

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induit l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

QUELQUES DEFINITIONS

Assureur : ACM IARD S.A. Société anonyme de droit français, au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG - TVA FR87352406748 - Siège Social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG - FRANCE - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN Cedex - FRANCE - Entreprise régie par le Code des Assurances français et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest CS92459 - 75436 PARIS cedex 09 - France.

Intermédiaire : COFIDIS S.A. - société anonyme de droit belge établie à B-7501 Orcq, chaussée de Lille, 422A, agissant en qualité d'agent en assurance et immatriculée auprès de la FSMA sous le numéro 043235A.

Assisteur : Les prestations d'assistance incluses dans le contrat sont assurées par AGA International S.A. (Allianz Global Assistance).

Adhérent / Assuré : Personne physique désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique, qui adhère au contrat Groupe et paie les primes d'assurance et sur laquelle reposent les garanties, désignée ci-après sous le terme général d'« assuré ».

Délai de carence : Délai de 90 jours durant lequel aucune prestation n'est due. Il court à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail, et pour la Perte d'Emploi à partir de la date de début de versement des prestations de la part de l'organisme social.

Délai d'attente : Période des 180 premiers jours décomptée à partir de la date d'effet du contrat pendant laquelle la garantie Perte d'Emploi (ou la modification de garantie à la hausse) n'est pas en vigueur. La garantie est acquise après le délai de carence.

Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quel que soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

Accident : On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérées comme « accident » les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, un accident cardio-vasculaire, un accident cérébro-vasculaire, un accident ischémique transitoire, les lombalgies, les cervicalgies, lumbagos, les sciatalgies, les affections dorso-vertébrales ainsi que les hernies.

Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme et en particulier la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur. Seul l'accident survenu postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion est pris en charge au titre du présent contrat. En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré incombe au(x) bénéficiaire(s).

Consolidation : La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de l'incapacité.

1. OBJET DU CONTRAT - PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat a pour objet de garantir à toute personne physique le versement d'un forfait mensuel en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) ou de perte d'emploi (PE). Il propose également des prestations d'assistance.

L'assuré est la personne physique client ou prospect qui en a fait la demande et qui satisfait (au minimum) aux conditions nécessaires pour bénéficier de la garantie ITT définie ci-après.

Il ne peut être enregistré au titre de ce contrat qu'une seule adhésion par personne.

2. DUREE DU CONTRAT

Sans préjudice de l'application de l'article 6, l'adhésion est annuelle.

L'assuré est couvert pendant une période de un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois qui précède la date anniversaire du contrat.

L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

L'assurance est résiliable à tout moment selon l'article 16.

3. CONDITIONS D'ADHESION

Les conditions d'adhésion déterminent les garanties accordées à l'assuré et seront vérifiées au moment de la déclaration de sinistre.

L'assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier des garanties ITT et PE si, au jour de l'adhésion, il réunit les conditions suivantes :

- être majeur et âgé de moins de 59 ans,
- exercer une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non)
- avoir sa résidence principale et fiscale en Belgique,
- ne pas être en arrêt de travail pour raison de santé,
- ne pas avoir été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs durant les 24 mois précédant l'adhésion,
- ne pas être titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité.

En cas d'omission ou d'inexactitude - intentionnelle ou non - dans vos déclarations, l'assureur appliquera les sanctions prévues par la législation applicable en cette matière.

4. PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

4.1. Date de conclusion :

L'assurance est censée être conclue à la plus tardive des deux dates suivantes :

- la date d'acceptation de l'assureur (date d'enregistrement de la demande d'adhésion par COFIDIS),
- la date de réception par l'assuré des informations contractuelles.

4.2. Prise d'effet de l'adhésion :

L'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 5 et aux dispositions spécifiques à la souscription par voie téléphonique.

Ainsi, l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation. La prise d'effet du contrat antérieurement à l'expiration du délai de renonciation est soumise à l'acceptation expresse du souscripteur, matérialisée dans le bulletin d'adhésion ou exprimée lors de la souscription par voie téléphonique.

4.3. Prise d'effet des garanties :

La garantie ITT prend effet à la date d'effet de l'adhésion.

Néanmoins, la garantie Perte d'Emploi prend effet après un délai d'attente de 180 jours à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

5. DROIT DE RENONCIATION

La signature du bulletin individuel d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'assuré qui dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer à son adhésion, sans pénalités et sans indication de motif. Ce délai court à partir de la date de conclusion du contrat d'assurance définie à l'article 4.1. Pour cela, il lui suffit d'adresser à COFIDIS - Chaussée de Lille 422A - 7501 Orcq, une lettre de renonciation rédigée sur le modèle ci-après : «Je soussigné(e)..... (nom, prénom) demeurant (adresse de l'assuré) déclare renoncer au contrat d'assurance n° (n° imprimé) que j'ai signé/souscrit par voie téléphonique le , date et signature de l'assuré».

6. CESSATION DES GARANTIES

L'assurance prend fin :

- dès la notification par l'assuré de la renonciation à l'adhésion,
- en cas de non-paiement de la prime, après mise en demeure,
- en cas de résiliation de la part de l'assuré,
- à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Perte d'Emploi et à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail. Ou à un âge antérieur si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle,
- en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription,
- en cas de résiliation de la part de l'assureur.

7. DEFINITION DES GARANTIES

7.1. Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) supérieure à 90 jours

7.1.1. Définition du risque garanti :

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la prise d'effet des garanties. La mise en jeu de cette garantie est conditionnée par l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la veille du sinistre.

Un assuré est en état d'ITT lorsqu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident, avant son 65^{ème} anniversaire ou avant liquidation de la retraite ou de la préretraite si celle-ci intervient avant 65 ans, dans l'impossibilité physique totale constatée médicalement d'exercer son activité professionnelle rémunérée, même à temps partiel et même limitée à l'instruction, la direction ou la coordination de ses subordonnés, qu'il soit classé en

période d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité telle que définie par la Sécurité Sociale belge.

7.1.2. Quand suis-je indemnisé ?

Le forfait mensuel est versé après une période appelée délai de carence qui est la durée minimale de l'interruption temporaire totale de travail pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Elle est de 90 jours consécutifs à partir du premier jour d'arrêt de travail. Durant cette période, le forfait mensuel n'est pas versé. Après étude du dossier de l'assuré, le versement du forfait mensuel commence dès la fin du délai de carence.

Toutefois, l'assuré peut bénéficier d'une garantie ITT améliorée si sa situation professionnelle à la date de l'arrêt de travail ne lui permet pas d'être couvert au titre de la garantie Perte d'Emploi dans le Contrat, à savoir exercer une activité salariée depuis plus de 12 mois ininterrompus dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée. Dans ce cas, l'indemnisation débutera **à partir du 31^{ème} jour d'incapacité de travail dès lors que l'assuré aura atteint 90 jours consécutifs d'arrêt total de travail.**

7.1.3. Montant pris en charge :

Lorsque l'assuré est reconnu en état d'ITT par l'assureur, celui-ci lui verse **le montant des prestations selon l'option retenue et défini dans le certificat d'adhésion - tant que dure l'incapacité et pendant la durée maximale indiquée au certificat d'adhésion**, sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs demandés.

Lorsque l'assuré a bénéficié d'une période d'indemnisation, une nouvelle prise en charge est possible au titre d'une nouvelle ITT après une reprise d'activité professionnelle rémunérée d'au moins 9 mois consécutifs.

Toutefois, en cas de reprise d'activité inférieure à 60 jours interrompant une période de prise en charge, la prise en charge recommence dès l'obtention d'un mois complet de justificatifs d'arrêt pour la même maladie, sans application d'un nouveau délai de carence et pour la durée d'indemnisation restant due.

7.1.4. Quand cessent mes prestations ?

Les prestations prennent fin à l'égard de chaque assuré :

- à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- au jour de la reprise d'une activité professionnelle rémunérée, même à temps partiel,
- en cas d'épuisement des droits à prestations,
- et en tout état de cause, à la date de survenance d'un des événements indiqués à l'article 6.

7.2. Garantie Perte d'Emploi (PE)

7.2.1. Définition du risque garanti :

La Perte d'Emploi suppose un licenciement, c'est-à-dire une rupture de contrat de travail à durée indéterminée, à l'initiative de l'employeur et imputable à celui-ci, entraînant **pendant plus de 90 jours consécutifs** le versement des prestations de la part de l'organisme officiel d'assurance chômage.

Une Perte d'Emploi n'est pas couverte si elle est consécutive à un licenciement notifié au salarié au cours des 180 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'assurance.

Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quel que soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

Pour bénéficier de cette garantie, Il faut satisfaire, au jour de l'adhésion, aux conditions requises pour bénéficier de la garantie ITT et, de plus, occuper à la date du sinistre, un emploi salarié depuis plus de 12 mois ininterrompus dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée.

7.2.2. Quand suis-je indemnisé ?

L'indemnisation débute après une période appelée délai de carence qui est la durée minimale de l'interruption de travail pour pouvoir prétendre à une indemnisation. Elle est de 90 jours consécutifs à partir de la date de versement des allocations de chômage. Durant cette période, le forfait mensuel n'est pas versé.

7.2.3. Montant pris en charge :

Lorsque l'assuré remplit les conditions pour bénéficier de la garantie Perte d'Emploi, l'assureur verse **le forfait mensuel - dont le montant est défini dans le certificat d'adhésion - tant que dure le chômage et pendant la durée maximale indiquée au certificat d'adhésion**, sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs demandés par ce dernier.

Toutefois, en cas de reprise d'une activité inférieure à 60 jours, interrompant une période de prise en charge, l'indemnisation peut reprendre sans application d'un nouveau délai de carence, pour la durée d'indemnisation restant due, dès l'obtention d'un mois complet de justificatifs.

Une **nouvelle indemnisation** au titre de la Perte d'Emploi n'est possible qu'après application d'un nouveau délai de carence, et à l'issue d'une reprise d'activité salariée rémunérée d'au moins 9 mois consécutifs sous contrat à durée indéterminée (CDI) auprès d'un même employeur depuis la fin de la première période indemnisée.

7.2.4. Quand cessent mes prestations ?

Les prestations prennent fin à l'égard de chaque assuré :

- à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- au jour de la reprise d'une activité professionnelle rémunérée, même à temps partiel,
- en cas de cessation de paiement des allocations chômage visées à l'article 7.2,
- en cas d'épuisement des droits à prestations,
- et en tout état de cause, à la date de survenance d'un des événements indiqués à l'article 6.

En matière fiscale, les prestations versées sont soumises à la législation fiscale belge en vigueur applicable à l'assuré.

8. DUREE DE L'INDEMNISATION

La durée de l'indemnisation dépend de l'option retenue à l'adhésion et reprise dans le certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, elle ne peut dépasser 6 mois au titre de la garantie ITT et 6, 12, 18 ou 24 mois au titre de la garantie Perte d'Emploi selon l'option retenue.

Par ailleurs, il ne peut y avoir, pour un seul et même assuré, cumul concomitant des prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail et Perte d'Emploi versées par l'assureur au titre du présent contrat.

9. RISQUES EXCLUS

Les risques exclus spécifiques à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail sont les sinistres ayant pour cause directe ou indirecte :

- les faits de guerres, émeutes, insurrection, attentats et actes de terrorisme dès lors que l'assuré y prend une part active,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux de l'atome,
- les maladies ou accidents antérieurs à la prise d'effet de l'assurance et connus de l'assuré au moment de l'adhésion,
- l'alcoolisme (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal défini dans le code de la route belge) et l'usage de narcotiques et/ou de stupéfiants hors prescription médicale,
- les accidents aériens en dehors de vols commerciaux,
- la participation à des compétitions ou à des entraînements sportifs utilisant des véhicules pourvus ou non de moteur,
- les dépressions nerveuses, affections psychiatriques ou neuropsychiatriques, quelle qu'en soit la cause,
- les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgies, sciatalgies, dorsalgies, cervicalgies, sacrocoxalgies, quelle qu'en soit la cause ou les affections cervico-dorso-lombaires,
- les accidents, blessures, maladies, mutilations, volontaires ou découlant de faits volontaires,
- les soins en établissement thermal, sauf lorsque l'assuré bénéficie des prestations prévues au contrat et que la cure est reconvenue en adéquation avec le traitement spécifique de l'affection qui motive le droit à indemnisation,
- les traitements relatifs à la chirurgie esthétique, sauf lorsqu'ils sont consécutifs à un accident ou à une maladie.

Les risques exclus spécifiques à la Perte d'Emploi sont :

- la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'assuré,
- le chômage survenant au cours d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'une période de stage,
- le chômage consécutif au licenciement de l'assuré par un membre de sa famille, ou par son conjoint ou concubin, ou par une personne morale contrôlée ou dirigée par un membre de sa famille ou par son conjoint ou concubin,
- la rupture du contrat de travail de l'assuré par accord des parties,
- la caducité du contrat de travail de l'assuré pour cause de mise à la retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause,
- le chômage saisonnier et le chômage partiel, au sens de la réglementation.

10. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 3 ans à compter de l'événement qui donne ouverture à l'action, conformément aux dispositions des articles 88 et 89 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

11. PRIME D'ASSURANCE

Le montant de la prime d'assurance est exprimé en euros. Il est calculé au tarif en vigueur à la date d'adhésion en fonction du niveau de garanties souscrites. Il figure sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique.

Les primes sont payables mensuellement selon le mode choisi par l'assuré et mentionné dans le certificat d'adhésion :

- soit par prélèvement sur le compte bancaire désigné par l'assuré,
- soit par prélèvement automatique sur le crédit souscrit par l'assuré (dans ce cas, le paiement des primes mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation du crédit, telles que définies par l'organisme financier).

A défaut de choix, les primes seront prélevées sur le compte bancaire désigné par l'assuré.

Ce choix est modifiable à tout moment sur simple demande de la part de l'assuré.

Le tarif est révisable annuellement. Sa révision ou celle des garanties s'impose à tous les assurés, qui disposent de la faculté de résilier leur adhésion en cas de désaccord, conformément à l'article 16.

Le montant de la prime d'assurance comprend les taxes en vigueur à la date d'adhésion. Toute modification ultérieure du régime fiscal applicable au présent contrat se répercutera automatiquement sur la prime sans communication préalable.

Le non-paiement de la prime entraîne la résiliation de l'assurance, après l'envoi d'une mise en demeure.

Modalités de notification des prélèvements : Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements afférents au contrat est effectuée par le biais du certificat d'adhésion lors de la souscription et de l'avenant en cas de modification du contrat.

En matière fiscale, les primes versées sont soumises à la législation fiscale belge en vigueur applicable à l'assuré.

12. FACULTE DE MODIFICATION DE LA GARANTIE

La possibilité pourra être offerte à l'assuré de modifier le montant de sa garantie. En cas de baisse des niveaux garantis, les nouvelles conditions seront appliquées immédiatement selon la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion. En cas de hausse des niveaux garantis, les anciennes conditions d'assurance seront appliquées pendant un délai d'attente de 90 jours à compter de la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion, passé ce délai, l'ensemble des nouvelles garanties sera appliqué. La nouvelle prime d'assurance figurera dans le nouveau certificat d'adhésion.

13. OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

La demande de prise en charge se fait auprès de l'assureur par l'intermédiaire de COFIDIS par téléphone (n° 078/051 151 - coût d'une communication nationale) ou par courrier (Chaussée de Lille, 422A - 7501 Orcq), **dans les jours qui suivent la survenance du sinistre et au plus tard dans les 90 jours qui suivent la fin du délai de carence.**

A défaut de respect du délai de présentation du dossier sinistre, la date retenue pour la mise en œuvre des prestations est celle de la réception du dossier complet par l'assureur.

L'assureur, par l'intermédiaire de COFIDIS, vous informe de l'ensemble des justificatifs nécessaires pour l'étude de votre dossier.

Vous devez fournir par la suite les pièces justificatives de prolongation de l'état d'ITT ou de la Perte d'Emploi au fil de leur renouvellement par l'organisme concerné ou par votre médecin, faute de quoi les prestations cessent d'être versées par l'assureur.

Le versement des prestations est subordonné au résultat favorable de l'étude du dossier de demande de prestations par l'assureur.

Pour la garantie ITT, l'assureur se réserve la possibilité d'exercer notamment un contrôle médical afin de déterminer la réalité du sinistre et de fixer sa date de survenance. Le versement des prestations est subordonné à l'accomplissement de ces formalités.

Les pièces suivantes sont à remettre à COFIDIS pour la constitution du dossier, étant précisé que **l'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs ou questionnaires complémentaires :**

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- la déclaration de sinistre,
- l'attestation médicale d'incapacité,
- une copie du certificat médical initial d'arrêt de travail,
- une copie des décomptes de prolongation de la mutualité, à défaut, les certificats médicaux de prolongation (tous les mois).

En cas de Perte d'Emploi :

- la déclaration de sinistre,
- copie du contrat de travail en cours au jour du sinistre,
- copie du contrat de travail en vigueur à la date (si l'employeur est différent à la date d'adhésion de celui à la date du sinistre),
- une copie de la lettre de licenciement,
- une copie de l'attestation ONEM sur laquelle figure l'inscription comme chômeur complet involontaire et demandeur d'emploi,
- une copie des décomptes mensuels des prestations de l'ONEM.

14. CONTROLE MEDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à tout moment à toute expertise ou examen que l'assureur estime nécessaire. Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques...). L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix.

15. ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le Médecin de l'assureur et l'assuré, les deux parties peuvent choisir un médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage et supporteront pour moitié les honoraires de ce médecin.

16. RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en adressant à COFIDIS une lettre de résiliation en recommandé avec accusé de réception. La résiliation prendra effet à l'échéance mensuelle qui suit la date de réception de cette lettre par COFIDIS. L'assuré cessera d'être assuré au titre du présent contrat à partir de la date de prise d'effet de la résiliation.

17. DROIT ET LANGUE APPLICABLES

Les relations avec l'assuré avant la conclusion de l'assurance ainsi que l'assurance sont soumises à la loi belge et les contestations éventuelles sont de la compétence des tribunaux belges.

La langue française est réputée être la langue de la présente assurance. Toute communication relative à la conclusion, l'exécution et/ou l'interprétation du contrat d'assurance sera faite dans la langue française.

18. PROTECTION DE LA VIE PRIVEE

Vos données personnelles

• Le traitement de vos données personnelles

• Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra

conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, vos données peuvent être utilisées, avec votre accord, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi

longtemps que cette obligation s'impose à nous.

• Les droits dont vous disposez

De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de l'Autorité de protection des Données (APD) - Rue de la Presse, 35 - 1000 Bruxelles.

19. A QUI S'ADRESSER EN CAS DE RECLAMATION

Vous pouvez vous adresser à l'unité chargée de la gestion de votre dossier auprès de ACM - 63 Chemin A. Pardon 69814 TASSIN CEDEX - FRANCE - Tel : + 33.3.88.13.22.27 (coût d'une communication internationale) - mail : acme5p@acm.fr.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à votre réclamation, vous pouvez vous adresser, en dernier recours, au service consommateur des ACM. Les modalités de la procédure vous seront communiquées sur demande adressée à ACM - 63 Chemin A. Pardon 69814 TASSIN Cedex FRANCE.

Toute félicitation ou toute plainte concernant les prestations d'assistance peut être adressée :

- par courrier à l'attention du service qualité, Rue des Hirondelles 2 à 1000 Bruxelles ;

- par fax : +32-2-290 65 26 ;

- par e-mail : quality@allianz-global-assistance.be.

Toute plainte au sujet de l'assurance peut être adressée au Service Ombudsman Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as ; e-mail : info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'intenter une action en justice.

Prestations d'assistance CofiBudget

Cette garantie offre une assistance en cas d'incapacité de travail de l'assuré comprenant une hospitalisation de minimum 48 heures et/ou de perte d'emploi d'un assuré en incapacité de travail suite à un accident ou une maladie.

VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE EN URGENCE ?

Appelez directement le +32 2 773 61 05 (accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24) en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit (15.193),

- le nom et le prénom du bénéficiaire,

- l'adresse exacte du bénéficiaire,

- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. Qu'entendons-nous par... ?

• **Dommages** : le coût des services couverts que vous subissez, assurés par nos soins et que nous indemnisons.

• **Vous** : la/les personne(s) assurée(s), qui doivent être domiciliées en Belgique et y résider.

• **Nous/l'Assureur** : AGA International SA (dont le siège social est établi à Paris, France), également connue sous le nom de Mondial Assistance.

1.2. Qui sommes-nous ?

Nous sommes la succursale belge de l'assureur AGA International SA.

Notre adresse :

Rue des Hirondelles 2, 1000 Bruxelles - Belgique

Tél. : + 32 2 290 64 11 - Fax : +32 2 290 64 19

Notre entreprise est agréée comme compagnie d'assurance sous le numéro 2769.

Notre numéro d'entreprise est le 0837.437.919.

L'assurance est régie par les présentes conditions, les dispositions de la loi relative aux assurances et le droit belge.

1.3. Comment les dommages sont-ils déterminés et indemnisés ?

• Contactez-nous le plus vite possible pour convenir de l'organisation et du paiement des services couverts.

• Nous vous dirons, dans les meilleurs délais, si nous indemniserons les dommages, et pour quel montant.

• Conservez soigneusement vos factures originales, car nous pouvons vous les demander à titre de preuve.

1.4. Quand demandons-nous le remboursement de dommages indemnisés ?

Nous demandons un tel remboursement dans les cas suivants :

• Un tiers est responsable de vos dommages ? Dans ce cas, nous avons le droit de réclamer les indemnités que nous avons payées à ce tiers.

• Si nous apprenons à posteriori qu'un dommage n'était pas couvert, nous pouvons en réclamer le remboursement.

1.5. Assurances multiples

Vous avez droit à une indemnisation en vertu d'une autre assurance, de la loi ou d'un règlement ?

• Alors, notre assurance ne vous indemnise pas.

• Nous payons toutefois les dommages non réglés en vertu de l'autre assurance, de la loi ou du règlement.

• Et si, à votre demande, nous avons déjà payé une indemnisation ou des frais, votre droit à une indemnisation en vertu de l'autre assurance, de la loi ou du règlement, nous est transféré.

2. EXPLICATION DE LA GARANTIE

La garantie Assistance COFIBUDGET est acquise dans le cadre de votre Assurance Prévoyance COFIBUDGET.

3. CONTENU DE LA GARANTIE

3.1. Qu'est-ce qui est couvert ?

Outre le sinistre couvert par votre Assurance prévoyance, vous avez également droit aux prestations suivantes :

3.1.1. Assistance téléphonique par notre centrale d'alarme

Vous avez besoin d'aide pour traiter ou résoudre un sinistre couvert ?

Nous organisons et payons l'assistance téléphonique nécessaire. Cette assistance vise avant tout à vous indiquer le chemin vers des secours et organismes qui peuvent vous apporter leur soutien en Belgique.

Les frais des secours auxquels vous faites éventuellement appel sont à votre charge.

3.1.2. Assistance psychologique

Le sinistre couvert entraîne-t-il un traumatisme psychologique ?

Nous organisons et payons trois fois une heure d'assistance par un psychologue reconnu en Belgique.

Cette assistance psychologique doit nous être demandée dans les trente jours suivant le sinistre couvert.

3.1.3. Aide-ménagère

Êtes-vous hospitalisé(e) plus de 48 heures suite à un sinistre couvert, et avez-vous dès lors besoin d'une aide-ménagère ?

Nous organisons et payons une aide-ménagère pendant maximum 12 heures. Cette aide est répartie sur 10 jours et est uniquement valable en Belgique.

L'aide-ménagère doit nous être demandée dans les trente jours suivant le sinistre couvert.

3.2. Qu'est-ce qui n'est pas couvert ?

3.2.1. L'assistance pour des sinistres qui ne sont pas couverts ou qui sont exclus des Conditions générales de l'Assurance COFIBUDGET.

3.2.2. Ne sont jamais couverts les sinistres dus à :

- Une guerre

- Le terrorisme

- Un accident nucléaire

- Un acte délictueux

- La violation d'une loi ou d'un règlement

- Une catastrophe naturelle

- Une intervention prévue ou une situation existante au moment de la souscription

- Une épidémie ou une quarantaine

- Des troubles psychiques, psychosomatiques ou neurologiques

3.2.3. L'assistance juridique

3.2.4. L'aide-ménagère suite à grossesse

3.3. Frais payés par vos soins

Les frais payés par vos soins sont uniquement indemnisés moyennant notre accord préalable à ce sujet.