

Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.) pour Contrats d'Assurance Collective

Édition : 01.2024

DÉFINITIONS

1. **Assureur** : DKV Belgium S.A., RPM 0414858607, compagnie d'assurances agréée sous le numéro 739.
2. **Preneur d'assurance** : La personne morale dont le siège social est établi en Belgique, agissant pour le compte des assurés, qui souscrit le contrat d'assurance avec l'assureur.
3. **Filiale** : Le siège social ainsi que tout siège d'exploitation en Belgique du preneur d'assurance.
4. **Contrat d'assurance** : Le contrat d'assurance est formé par la police. La police est formée par les Conditions Générales, Tarifaires et Particulières d'Assurance et par les avenants.
5. **Assuré** : La personne sur qui repose le risque et qui est bénéficiaire du contrat d'assurance.
6. **Plan d'assurance** : La garantie d'assurance à caractère indemnitaire.
7. **Cas d'assurance** : L'objet de la garantie d'assurance tel que déterminé dans la police.
8. **Maladie** : Chaque atteinte à l'état de santé de l'assuré non provoquée par un accident et dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés médicalement permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.
9. **Accouchement** : L'acte par lequel un enfant est né.
10. **Accident** : Un événement soudain et involontaire causant une lésion corporelle à un assuré et dont la cause ou une des causes se situe en dehors de son organisme.
11. **Hôpital** : L'hôpital est l'établissement de santé reconnu visé à l'article 2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008, où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médicotechnique, infirmier, paramédical et logistique requis et appropriés, à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

Est aussi considéré comme un *hôpital* : un centre palliatif ou un centre de revalidation, s'il est agréé comme *hôpital* par l'INAMI.

Ne sont pas considérés comme un *hôpital* :

- une maison de repos, et la maison de repos et de soins agréée ou une autre institution offrant un hébergement pour les personnes âgées, les convalescents et les enfants y compris celles qui font partie d'un *hôpital* ;
 - une maison de soins psychiatriques ;
 - une institution médico-pédagogique ;
 - un centre de cure pour des traitements tels que par exemple les cures thermales et diététiques, la thalasso thérapie, les cures de désintoxication ;
 - une habitation protégée ;
 - un sanatorium et un préventorium.
12. **Stage** : La période prenant cours à la date de début du *plan d'assurance* et durant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestation. L'existence et la durée du *stage* est précisée dans les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A) du *plan d'assurance* souscrit.
 13. **Franchise** : La partie des frais couverts qui reste à charge de l'assuré et qui vient en déduction de l'intervention de l'assureur, aussi appelée la contribution personnelle de l'assuré.
 14. **Échéance annuelle** : L'échéance principale telle que déterminée dans les Conditions Particulières d'Assurance (C.P.A.).
 15. **Année d'assurance** : La période de 12 mois à compter de la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance. Si la date de début d'un *plan d'assurance* souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle d'un contrat d'assurance en cours, la première *année d'assurance* est composée du nombre de mois s'étalant entre la date de début du *plan d'assurance* et la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.
 16. **Prime** : Le montant net fixé dans la police, dû en contrepartie des obligations de l'assureur en exécution du contrat d'assurance à majorer de toutes les taxes d'assurance, les impôts, les contributions légales et les charges.
 - 16bis. **Intervention légale** : Tout remboursement perçu en vertu des législations belges relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (en ce compris la loi relative au maximum à facturer), aux *maladies* professionnelles et aux *accidents* du travail ou sur le chemin du travail ainsi que le remboursement perçu en application d'une disposition de droit commun ;
 - 16ter. **Le terrorisme** : en vertu de la loi du 1er avril 2007, par terrorisme, l'on entend « une action ou une 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 et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise ».

16quater. **Psychologue clinicien** : Le psychologue clinicien est un prestataire de soins reconnu qui est compétent dans la connaissance du fonctionnement psychologique et dans l'accompagnement de l'assuré ayant besoin d'une aide psychologique. Il est autorisé à :

- effectuer des tests ou des examens psychologiques à des fins de diagnostic, d'évaluation, de conseil ou de dépistage ;
- fournir un soutien thérapeutique au moyen d'entretiens.

Pour pouvoir utiliser le titre de psychologue clinicien, le prestataire de soins doit remplir les deux conditions suivantes :

- être titulaire d'une maîtrise en psychologie ;
- être inscrit sur la liste des psychologues de la Commission des Psychologues.

ASSURABILITÉ

17. Sont assurables aux Conditions d'Assurance prévues dans la police, les membres du personnel définis dans la police ou une ou plusieurs catégories de membres du personnel d'une *filiale* du *preneur d'assurance* définie dans la police.
18. Sont seulement assurables aux Conditions d'Assurance prévues dans la police, les membres de famille, étant dans l'ordre limitatif, un partenaire de vie désigné par le membre du personnel et les enfants fiscalement à charge des parents ou d'un des parents.
19. L'*assureur* peut assurer à des conditions particulières des membres du personnel ou des catégories de membres du personnel.

CONTRAT, PLAN ET GARANTIE D'ASSURANCE

CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE

20. Le *contrat d'assurance* est conclu par l'émission de la police. Si le contenu de la police n'est pas conforme aux conventions intervenues telles qu'elles ressortent des négociations, déclarations et documents ayant précédé l'émission de la police, la situation sera réputée acceptée si le *preneur d'assurance* ne s'y oppose pas dans les 30 jours suivant l'émission de la police. Le paiement de la *prime* signifie que le *preneur d'assurance* accepte les conditions de la police d'assurance.

DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE

21. Le *contrat d'assurance* est conclu pour une durée indéterminée, sauf dérogation prévue dans la police.

FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

22. Le *contrat d'assurance* expire en cas :

- 22.1. de résiliation par écrit (par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou remise d'une lettre contre récépissé) ou par voie électronique (par courriel) par le *preneur d'assurance* ou l'*assureur* à la fin de chaque *année d'assurance* moyennant un préavis de trois mois. La résiliation prendra effet à la date d'*échéance annuelle* du *contrat d'assurance*;
- 22.2. de faillite ou de déconfiture du *preneur d'assurance* ;
- 22.3. de résiliation par l'*assureur* par lettre recommandée en cas de fraude ou tentative de fraude constatée dans le chef du *preneur d'assurance*;
- 22.4. de résiliation par l'*assureur* pour non-paiement des *primes*. Cette résiliation intervient en cas de non-paiement de *prime* au plus tôt 15 jours après la date de suspension de garantie consécutive à l'envoi par courrier recommandé d'une mise en demeure rappelant la date d'*échéance* de la *prime*, le montant de celle-ci et les conséquences du défaut de paiement.
- 22.5. de résiliation par le *preneur d'assurance* endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une modification des C.G.A. et/ou des C.T.A. et/ou C.P.A. sauf dans les cas prévus sous les articles 50.2. et 50.3.

DURÉE DU PLAN D'ASSURANCE

23. Le *plan d'assurance* est conclu pour tous les *assurés* pour une durée indéterminée, sauf dérogation prévue dans la police.

FIN DU PLAN D'ASSURANCE

24. Le *plan d'assurance* expire :

- 24.1. pour tous les *assurés* en cas d'expiration du *contrat d'assurance* ;
- 24.2. pour les *assurés* auxquels la circonstance décrite s'applique :
 - 24.2.1. en cas de décès ;
 - 24.2.2. en cas de fin du statut de membre du personnel ou la mise à la retraite sauf dérogation prévue dans la police;
 - 24.2.3. en cas de résiliation par le membre du personnel selon la modalité qui suit ou, en dérogation, selon celles définies sur le formulaire d'adhésion. Le membre du personnel a le droit de terminer le *plan d'assurance* pour lui-même (uniquement quand l'affiliation des membres du personnel est facultative) et les membres de sa famille à la fin de chaque période de 12 mois à compter de la date de prise de cours du *plan d'assurance*, moyennant un préavis de trois mois. Dans ce cas le *plan d'assurance* prend fin dans le chef de tous les membres de famille ;
 - 24.2.4. si les conditions d'assurabilité ne sont plus remplies.
 - 24.2.5. en cas de fraude ou de tentative de fraude : le *plan d'assurance* est résilié vis-à-vis de l'*assuré* et des membres de sa famille en cas de production ou d'usage de faux en écriture, et d'escroquerie.

DÉBUT DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

25. La garantie d'assurance débute :

- 25.1. À la date de début du *plan d'assurance* déterminée dans la police, après paiement de la première *prime* annuelle ou fraction de *prime* convenue et après expiration des *stages*.
- 25.2. Pour chaque membre du personnel et les membres assurables de sa famille, au premier jour du mois d'embauche, sauf clause contraire dans les C.P.A., après réception par l'*assureur* du formulaire d'adhésion dûment complété endéans les 2 mois qui suivent la date d'embauche.
- 25.3. Pour chaque nouveau membre de famille, au premier jour du mois des événements mentionnés sous les points 25.3.1. et 25.3.2., sauf clause contraire dans les C.P.A., après réception par l'*assureur* du formulaire d'adhésion dûment complété endéans les 2 mois qui suivent le moment ouvrant le droit à l'affiliation :
 - 25.3.1. la cohabitation (domicile à la même adresse), la naissance, l'adoption ; pour autant que les autres membres de la famille soient déjà *assurés* dans ce contrat collectif ;
 - 25.3.2. à la fin d'une garantie d'assurance identique ou similaire dont bénéficiait la personne.
- 25.4. Pour les personnes dont l'affiliation n'a pas été enregistrée endéans les 2 mois qui suivent un des événements mentionnés sous les points 25.2 et 25.3, la garantie débute :
 - 25.4.1. pour le nouveau membre du personnel : au premier jour du mois d'embauche, sauf clause contraire dans les C.P.A. ;
 - 25.4.2. pour les membres de la famille assurables : au premier jour du 13ème mois qui suit la date de réception par l'*assureur* de la demande d'affiliation.

EXCLUSIONS DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

26. La garantie d'assurance ne s'étend pas aux frais médicaux associés aux cas énumérés ci-après, ni à leurs conséquences :

- 26.1. une tentative de suicide ou un suicide ;
- 26.2. un acte intentionnel ou téméraire de la part de l'*assuré*, à moins qu'il ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense. L'acte intentionnel est l'acte commis volontairement et sciemment avec l'intention de causer un dommage. Un acte téméraire résulte d'une action risquée ou imprudente commise de façon consciente ;
- 26.3. une *maladie* ou un *accident* résultant de la participation active de l'*assuré* à une guerre civile ou autre, à des émeutes, à des actes de violence d'origine politique, idéologique ou sociale ;
- 26.4. une *maladie* ou un *accident* survenant dans un pays en état de guerre civile ou autre, ou déstabilisé par le *terrorisme*, en cas de troubles politiques, en cas de proclamation de la loi martiale, en cas d'émeutes ou d'actes de violence de nature politique, idéologique ou sociale lorsque l'*assuré* s'expose à ce danger en séjournant (ou en se rendant) dans un tel pays. Il s'agit des pays pour lesquels le SPF Affaires étrangères émet un avis de voyage négatif. Toutefois, la couverture d'assurance est maintenue pendant les 30 premiers jours suivant le début des hostilités lorsque l'*assuré* a été surpris par le déclenchement des états précités lors d'un voyage à l'étranger ;
- 26.5. la participation active de l'*assuré* à un acte de *terrorisme* ;
- 26.6. l'alcoolisme, la toxicomanie, la consommation de produits dopants, la consommation excessive de médicaments (sauf prescription médicale). L'utilisation de médicaments non conforme aux indications reprises dans la notice scientifique du produit (sauf si l'*assureur* a accepté leur couverture explicitement et par écrit). Les *maladies* ou *accidents* - et leurs conséquences - survenus à l'*assuré* alors qu'il se trouve en état d'ivresse, d'intoxication punissable ou dans un autre état analogue résultant de produits autres que les boissons alcoolisées, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement ;
- 26.7. une intervention préventive, une stérilisation, la contraception, une chirurgie ophtalmologique réfractive, une intervention esthétique sauf une chirurgie plastique reconstructive à la condition que le devis soit préalablement approuvé par l'*assureur* ;
- 26.8. des troubles fonctionnels ou subjectifs dont, soit la cause et les symptômes ne peuvent pas être objectivés médicalement, soit le traitement ou la thérapie ne s'imposent pas d'un point de vue exclusivement médical ;
- 26.9. un traitement psychothérapeutique, à moins qu'il ne soit dispensé par un *psychiatre* ;
- 26.10. la garantie d'assurance est réduite, voire entièrement refusée en cas de négligence du *preneur d'assurance* et/ou de l'*assuré* relativement aux obligations visées à l'article 40, lorsque ladite négligence entraîne un préjudice dans le chef de l'*assureur* ;
- 26.11. une vaccination, la procréation médicalement assistée – sauf si le *contrat d'assurance* prévoit explicitement que ces frais médicaux sont couverts, dans les limites qui y sont stipulées ;

TERRITORIALITÉ DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

27. La garantie d'assurance est subordonnée aux conditions de territorialité définies dans les C.T.A.

FIN DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

28. La garantie d'assurance cesse en même temps que la fin du *plan d'assurance*, et ceci également pour les cas d'*assurance* en cours.

CONTINUATION

29. La garantie d'assurance peut être poursuivie auprès de DKV Belgium S.A. à titre individuel dans un contrat de même nature selon les modalités suivantes :

- 29.1. Les *assurés* (qui ont leur domicile et résidence principale effective en Belgique et qui bénéficient des avantages de la sécurité sociale belge) qui perdent le bénéfice de la présente garantie d'assurance ont le droit, hormis le cas de fraude et ceux prévus par la loi, de poursuivre celle-ci selon les conditions d'assurance. d'un *plan d'assurance* individuel similaire en vigueur.
- 29.2. Si au moment de la perte du bénéfice de la présente garantie, le membre du personnel, au sens de l'article 17, a été affilié de manière ininterrompue durant 24 mois dans le présent *contrat d'assurance* ou d'autres contrats d'assurance *maladie* successifs, la poursuite à titre individuel a lieu :
- 29.2.1. sans devoir subir d'examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical ;
 - 29.2.2. sans devoir subir un nouveau *stage* ;
 - 29.2.3. sans exclusion de garantie ni imposition d'une *prime* supplémentaire en raison de l'évolution de l'état de santé de l'*assuré* au cours de son affiliation au présent *contrat d'assurance*.
- Si l'ancienneté de 24 mois n'est pas acquise, l'*assureur* peut subordonner la souscription d'un plan individuel à des conditions particulières d'assurance sur base de l'introduction d'une proposition d'assurance dûment complétée.
- 29.3. Pour le calcul de la *prime* du *plan d'assurance* individuel poursuivi, il est tenu compte :
- 29.3.1. de l'âge de l'*assuré* au moment de la poursuite à titre individuel ;
 - 29.3.2. des éléments d'évaluation du risque tels qu'ils existaient et avaient été évalués lors de l'affiliation au présent *contrat d'assurance*, s'ils furent évalués à cette date ;
 - 29.3.3. du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'*assuré* est assujéti, ainsi qu'éventuellement de sa profession ;
 - 29.3.4. le lieu de résidence et la résidence principale effective en Belgique du *preneur d'assurance*.
- 29.4. La demande de continuation doit être introduite par écrit ou par voie électronique auprès de l'*assureur* :
- 29.4.1. dans le chef du membre du personnel, au sens de l'article 17, et le cas échéant des membres de sa famille : endéans les 30 jours à compter du jour de réception du courrier par lequel le *preneur d'assurance* ou, le cas échéant le curateur ou le liquidateur, informe le membre du personnel qu'il peut décider de poursuivre individuellement son affiliation. L'*assuré* a le droit d'étendre cette période de 30 jours à condition qu'il en informe l'*assureur* par écrit ou par voie électronique avant que les 30 premiers jours soient achevés. Ce délai expire en tout cas après 105 jours à compter de la perte du bénéfice de la présente garantie d'assurance.
 - 29.4.2. dans le chef des membres de la famille du membre du personnel qui perdent le bénéfice de la présente garantie d'assurance pour une autre raison que la perte du bénéfice de la garantie d'assurance dans le chef du membre du personnel : endéans les 105 jours à compter de la perte du bénéfice précité. À la fin de ce délai, le droit à la continuation individuelle expire.
- 29.5. Le membre du personnel, au sens de l'article 17, et les membres de sa famille affiliés disposent d'un délai de 30 jours à dater du jour de la réception des informations de l'*assureur* sur les Conditions d'Assurance de poursuite en individuel (envoi d'une proposition d'assurance, offre de prix, description de la garantie), pour accepter de souscrire un contrat individuel.

CAS D'ASSURANCE

30. Tout *cas d'assurance* doit être déclaré par écrit ou par voie électronique à l'*assureur* au moyen du formulaire déterminé à cet effet et dans les délais y indiqués.
31. Les notes de frais relatives à un *cas d'assurance* doivent être introduites endéans les 3 ans suivant la date de leur émission. Passé ce délai, il y a prescription.
32. L'*assuré* possède à l'égard de l'*assureur* un droit propre quant aux prestations d'assurance telles que déterminées dans la police.
33. Les prestations d'assurance sont réglées avec le bénéficiaire du *contrat d'assurance*.
34. L'*assureur* peut subordonner le remboursement à l'introduction des notes de frais acquittées et traduites en néerlandais, français, allemand ou anglais, s'il avère qu'elles sont émises dans une langue étrangère dont la traduction s'avère raisonnablement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations.
35. Les notes de frais deviennent la propriété de l'*assureur* dès leur réception par celui-ci.
36. Le remboursement s'effectue en EUR. Les notes de frais en monnaies étrangères sont remboursées sur base du cours moyen de la monnaie étrangère au jour de l'indemnisation.
37. Si l'*assuré* peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'*assureur* est subrogé aux droits de l'*assuré* dans la mesure de ses prestations.
38. Les conventions conclues par le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du *contrat d'assurance* ou qui naissent en exécution du *contrat d'assurance* ne sont pas opposables à l'*assureur*.

DROIT AUX PRESTATIONS ET REGLEMENT DES DIVERGENCES D'OPINION

39. L'*assureur*, le *preneur d'assurance* et l'*assuré* collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations qui est établi sur base des renseignements fournis. Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* autorisent l'*assureur* à solliciter les informations nécessaires et s'engagent à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu. L'*assureur* s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit aux prestations, s'avère inadéquate, sans pertinence ou excessive.

En ce qui concerne les données médicales, l'*assuré* peut demander à son médecin traitant de communiquer au médecin-conseil désigné par l'*assureur* tout certificat médical nécessaire à l'exécution du contrat se limitant à une description de l'état de santé lors de la survenance d'un *cas d'assurance*. Le médecin conseil désigné par

l'assureur est en droit de transmettre alors à l'assuré uniquement les informations pertinentes en lien avec le cas d'assurance.

Les frais ci-dessous, qui restent à charge du preneur d'assurance ou de l'assuré :

- la contribution personnelle ou franchise par cas d'assurance en cas d'hospitalisation en chambre individuelle ;
- le montant dépassant le plafond assuré ;
- les frais d'un cas d'assurance non couverts;
- les frais refusés par l'assureur.

seront récupérés.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de ces montants dus par le preneur d'assurance ou l'assuré pour lesquels l'assureur met en demeure, par lettre recommandée, une indemnité forfaitaire est due.

Celle-ci est déterminée comme suit :

- € 20, si le montant restant dû est inférieur ou égal à € 150 ;
- € 30, si le montant restant dû est compris entre € 150,01 et € 500 ;
- € 65, si le montant restant dû est supérieur à € 500.

Ces montants peuvent être indexés par arrêté royal sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Si l'assureur ne verse pas au preneur d'assurance ou à l'assuré les frais couverts, une indemnité forfaitaire sera due, selon les mêmes modalités que celles mentionnées ci-dessus, à condition que le preneur d'assurance ou l'assuré ait mis l'assureur en demeure par lettre recommandée.

En cas de désaccord quant au droit aux prestations, l'assuré a la faculté de recourir à un arbitrage dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision de l'assureur. L'arbitrage est régi par les dispositions contenues dans une convention d'arbitrage.

OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DE L'ASSURÉ

40. Le preneur d'assurance et l'assuré sont tenus :

- 40.1. de faire les déclarations et communications, par écrit ou par voie électronique, au siège de l'assureur ;
- 40.2. d'aviser l'assureur dans les 30 jours de la date à laquelle les conditions d'assurance préalables au maintien en vigueur du contrat et/ou des plans d'assurance ne sont plus réunies ;
- 40.3. d'aviser l'assureur de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
- 40.4. de fournir à l'assureur ou à la personne mandatée par lui tout renseignement permettant d'établir le droit aux prestations;
- 40.5. d'informer préalablement l'assureur si un des assurés séjourne plus de 3 mois à l'étranger. L'assureur modifiera le plan d'assurance ou mettra un terme à la couverture à partir du 1er jour du mois de séjour à l'étranger.
- 40.6. d'utiliser, préalablement à toute demande d'intervention auprès de l'assureur, tous les moyens en vue d'obtenir une intervention légale, statutaire ou de toute autre nature en ce compris tous les services et avantages auprès de l'assurance maladie obligatoire et de la mutualité ;
- 40.7. d'exécuter le contrat d'assurance de bonne foi et de limiter les conséquences d'un cas d'assurance.

41. Si le preneur d'assurance ou l'assuré a enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat d'assurance et si, à la suite d'un cas d'assurance, ce manquement cause un préjudice à l'assureur, ce dernier peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice subi si le manquement est non intentionnel ou refuser le cas d'assurance si le manquement est intentionnel.

42. Le preneur d'assurance ou, le cas échéant le curateur ou le liquidateur, est tenu d'informer le membre du personnel par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours de la perte du bénéfice de l'affiliation :

- 42.1. du moment précis de cette perte du bénéfice de la présente garantie ;
- 42.2. de la possibilité de poursuivre l'affiliation individuellement ;
- 42.3. du délai dans lequel les assurés peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle ;
- 42.4. des coordonnées de l'assureur.

43. Le preneur d'assurance est tenu d'informer chaque membre du personnel de la possibilité qui existe pour chaque assuré de souscrire individuellement un plan d'attente.

Le preneur qui aura omis de transmettre cette information à chaque membre du personnel ou qui ne sera pas en mesure d'apporter la preuve de la bonne exécution de cette obligation, sera tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit à la poursuite individuelle et la prime calculée sur base de l'âge de l'assuré au moment de son affiliation à la présente police d'assurance.

PRIME

44. Le preneur d'assurance est redevable de la *prime* envers l'*assureur*.
45. La *prime* mensuelle est quérable. La *prime* mensuelle est une, indivisible et payable d'après la périodicité prévue dans la police.
46. Le décompte de la *prime* est arrêté sur la base des données communiquées à l'*assureur*. Si le décompte n'est pas conforme aux données communiquées, cette situation sera réputée acceptée et les *primes* seront dues sauf opposition du *preneur d'assurance* dans les 30 jours à dater de la notification.
47. Le montant de la *prime* par catégorie d'*assurés* est déterminé dans les C.P.A. Les enfants sont redevables de la *prime* pour adulte à partir du mois qui suit le 18ème anniversaire.
48. En cas de non-paiement de la *prime* ou d'une partie de *prime*, le *preneur d'assurance* est mis en demeure par lettre recommandée et la garantie d'assurance est suspendue de plein droit à partir de la date prévue dans la mise en demeure. La garantie d'assurance reprend pour les *cas d'assurance* survenus après que le *preneur d'assurance* se soit acquitté de tous les arriérés des *primes* échues, ainsi que les frais de recouvrement éventuels.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de la prime due par le *preneur d'assurance* pour lequel l'*assureur* met en demeure par lettre recommandée, une indemnité forfaitaire est due.

Celle-ci est déterminée comme suit :

1. € 20, si le montant restant dû est inférieur ou égal à € 150 ;
2. € 30, si le montant restant dû est compris entre € 150,01 et € 500 ;
3. € 65, si le montant restant dû est supérieur à € 500.

Ces montants peuvent être indexés par arrêté royal sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Si l'*assureur* ne rembourse pas au *preneur d'assurance* les primes payées (en tout ou en partie), une indemnité forfaitaire sera due, selon les mêmes modalités que celles mentionnées ci-dessus, à condition que le *preneur d'assurance* ait mis l'*assureur* en demeure par lettre recommandée.

49. En cas de non-paiement suite à la mise en demeure, l'*assureur* a le droit de résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 22.4.

ADAPTATION DE LA PRIME, DE LA FRANCHISE, DES CONDITIONS GÉNÉRALES, TARIFAIRES ET PARTICULIÈRES D'ASSURANCE

- 50.1. Les C.G.A., C.T.A. et C.P.A. peuvent subir, par décision de l'*assureur*, une modification approuvée conformément aux procédures légales et ce, également pour les contrats d'assurance en cours.
- 50.2. La *prime* et/ou la *franchise* peuvent être adaptées à l'*échéance annuelle* sur base de l'indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année civile précédente publié au Moniteur belge.
- 50.3. S'il apparaît du tableau des indices médicaux spécifiques publié au Moniteur belge, que leur évolution dépasse celle de l'indice des prix à la consommation, la *prime* et/ou la *franchise* peuvent être adaptées à l'*échéance annuelle* jusqu'à concurrence maximum du tableau d'indices médicaux spécifiques de l'année civile précédente. L'adaptation, applicable par *plan d'assurance*, s'opère avec l'indice médical global.
- 50.4. Au cas où l'évolution de l'indice des prix à la consommation ou des indices médicaux spécifiques est insuffisante pour couvrir l'augmentation des frais réels des prestations garanties, la *prime* et/ou la *franchise* peuvent être adaptées à la date d'*échéance annuelle* en fonction de l'évolution de la sinistralité du contrat ou en fonction de l'évolution moyenne de la sinistralité de tout le portefeuille.
- 50.5. En dérogation à l'article 22.5, les indexations de la *prime* et de la *franchise* décrites dans les articles 50.2. et 50.3. ne peuvent pas être invoquées par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, qui peut l'être pour les autres motifs repris dans cet article 22.
51. La modification prévue sous l'article 50.1. entre en vigueur à la date de la notification de l'avis de modification au *preneur d'assurance*.
52. Ne sont pas soumises aux dispositions précédentes, les modifications imposées par la loi ou toute autre disposition réglementaire d'ordre public ou impérative ainsi que les modifications de la taxe sur les contrats d'assurance, des impôts et/ou contributions additionnelles de toute nature, imposés par la loi ou toute autre disposition réglementaire.

DÉCLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURÉ ET DE L'ASSUREUR

53. L'*assureur* déclare collecter et traiter les données à caractère personnel (y compris les données de santé) uniquement pour les finalités de traitement déterminées, explicites et légitimes contenues dans la Déclaration Vie Privée de DKV et que les données sont adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire pour ces finalités de traitement.

54. L'assureur déclare que les données à caractère personnel (y compris les données de santé) sont traitées conformément à l'article 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, au règlement général (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (" RGPD ") et à toute législation nationale adoptée en vertu du RGPD, telle que la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.
55. Le preneur d'assurance garantit que les assurés ont été informés du transfert de certaines données à caractère personnel non-sensibles des assurés à l'assureur, qu'il existe une base juridique pour le transfert de ces données à caractère personnel non-sensibles à l'assureur et que (un lien vers) [la Déclaration Vie Privée](#) de DKV a été communiquée aux assurés.
56. Pour plus d'informations sur le traitement des données à caractère personnel par l'assureur (y compris les données de santé), veuillez consulter [la Déclaration Vie Privée](#) de DKV.

COUVERTURE DES ACTES DE TERRORISME

57. La garantie d'assurance s'étend aux *cas d'assurance* survenus en raison d'une *maladie* ou d'un *accident* découlant d'un acte de *terrorisme*, à l'exception des *cas d'assurance* et de toutes leurs conséquences découlant d'un acte de *terrorisme* commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

DISPOSITIONS FINALES

58. Le droit belge est d'application pour ce *contrat d'assurance*.
59. Toute réclamation éventuelle quant à ce *contrat d'assurance* ou aux services qui y sont liés, peut être adressée au service Quality Control de DKV Belgium S.A. par courrier à l'adresse suivante : rue de Loxum 25, 1000 Bruxelles, par mail à Qualitycontrol@dkv.be ou via le formulaire disponible sur notre site internet www.dkv.be/fr/contact/une-plainte. Vous avez aussi la possibilité de vous adresser à l'Ombudsman des Assurances par courrier à l'adresse suivante : square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, par mail à info@ombudsman-insurance.be ou par téléphone au +32 (0) 2 547 58 71, sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire.