

REGLEMENT D'ASSURANCE & CONDITIONS GENERALES ASSURANCE REVENU GARANTI

Police n° 45.344.643

Ordre Français des Avocats du Barreau de Bruxelles



Table des matières

Préambule	7
Règlement d'assurance	8
Définitions	11
Conditions générales	13
Chapitre 1 - Objet et étendue de l'assurance	13
Art.1 : Objet de l'assurance	13
Art. 2 : Garanties	13
Art.3 : Affiliation de l'assuré au contrat d'assurance	13
Art.4 : Délai d'attente	13
Art.5 : Période de carence	13
Art.6 : Cessation de la profession et modification de la profession, des revenus ou du statut social	13
Art.7 : Rechute	14
Art.8 : Risques Exclus	14
Art.9 : Validité Territoriale de la garantie d'assurance	15
Art.10 : Congé de maternité et allocation de naissance	15
Chapitre 2 - Traitement du Sinistre	15
Art.11 : Déclaration d'un sinistre	15
Art.12 : Reconnaissance de l'incapacité de travail et détermination du degré d'incapacité de travail	16
Art.13 : Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré	16
Art.14 : Contestations concernant des matières médicales (litiges)	17
Chapitre 3 - Poursuite individuelle	17
Art.15 : Droit à la poursuite individuelle	17
Chapitre 4 - Dispositions générales	18
Art.16 : Début de l'assurance	18
Art.17 : Paiement de la Prime	18
Art.18 : Non-Paiement de la Prime	18
Art.19 : Avances	18
Art.20 : Modification du tarif	18
Art.21 : Résiliation du Contrat d'assurance	19
Art.22 : Taxes, Cotisations, Impôts et frais	19

Art.23 : Subrogation	19
Art.24 : Adresses de correspondance – Domiciliation du Contrat d’assurance	19
Art.25 : Droit Applicable et Tribunaux Compétents	19
Art.26 : Protection de la Vie Privée	19
Art.27 : Plaintes	20
Informations complémentaires MIFID	21
Art.28 : Modes de communication et langues	21
Art.29 : Résumé de la politique en matière de conflits d’intérêts	21

Préambule

Cette assurance collective Revenu garanti est régie par les documents contractuels suivants :

- Les Conditions générales ;
- Le Règlement d'assurance et ses éventuels avenants

Ceux-ci complètent les Conditions Générales et contiennent les précisions des conditions d'assurance déterminées avec le preneur d'assurance.

Règlement d'assurance

Preneur d'assurance

Cette assurance collective est souscrite par l'ORDRE FRANÇAIS DES AVOCATS DU BARREAU DE BRUXELLES, Palais de Justice, 1000 BRUXELLES représenté ici par le Bâtonnier

Intermédiaire d'assurance

Cette assurance collective est souscrite par l'intermédiaire du courtier MARSH SA, Avenue Hermann-Debroux, 2 à 1160 Bruxelles.

Compagnie d'assurance

Cette assurance collective est assurée par ETHIAS SA, ayant son siège Rue des Croisiers 24 à 4000 Liège sous le numéro d'entreprise BE 0404.484.654.

Assurés

Les avocats inscrits au tableau, à la liste des stagiaires, à la liste des avocats communautaires (Liste E) et à celles des membres associés du barreau de Bruxelles (Liste B) sont les assurés de cette assurance collective Revenu Garanti.

Procédure d'affiliation

1. Affiliation à l'assurance collective

Aucune formalité n'est exigée pour l'affiliation à l'assurance collective. Les membres du barreau sont automatiquement assurés dès leur inscription au tableau de l'Ordre, à la liste des stagiaires, à la liste E ou à la liste B.

Toutefois, pour une raison objective laissée à la discrétion du Bâtonnier, un membre du barreau peut ne pas souhaiter être assuré par le présent contrat d'assurance. Dans ce cas, la compagnie doit en être avertie dans les 15 jours suivant la décision prise à ce sujet par le bâtonnier.

2. Affiliation à l'extension de garantie individuelle

Chaque avocat affilié au barreau et bénéficiant du plan collectif décrit ci-avant aura la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire individuelle en complétant un formulaire d'affiliation ainsi qu'un questionnaire médical.

Le questionnaire médical est exigé pour toute affiliation à une extension individuelle prévoyant une indemnité mensuelle de plus de 250,00 euros. Ce questionnaire sera soumis à l'approbation du Médecin Directeur d'Ethias. Celui-ci pourra accorder la couverture avec ou sans restriction. En cas de restriction formulée par le Médecin Directeur d'Ethias, l'affiliation à la garantie individuelle sera effective à dater du jour d'acceptation par l'assuré desdites restrictions. Ces restrictions ne porteront que sur l'extension de garantie individuelle ; en aucun cas celles-ci seront appliquées à l'assurance collective.

Conditions d'affiliation

Tous les avocats âgés de moins de 75 ans, régulièrement inscrits au tableau, à la liste des stagiaires, à la liste E ou à la liste B bénéficient automatiquement de la présente couverture.

L'affiliation à l'assurance complémentaire individuelle sera possible pour les avocats âgés de moins de 55 ans qui ne sont pas en incapacité de travail et qui bénéficient de l'assurance collective souscrite par le barreau auquel ils appartiennent.

Le montant assuré dans le cadre de cette extension peut être adapté à tout moment pour autant que l'assuré soit âgé de moins de 55 ans et qu'il ne soit pas en incapacité de travail. Toute augmentation de l'indemnité assurée devra être approuvée par le Médecin Directeur et fera l'objet d'un nouveau questionnaire médical.

Garanties assurées

1. Assurance Collective

Cette assurance Revenu Garanti collective prévoit comme garantie, une indemnité mensuelle fixée à :

- Pour les avocats inscrits au tableau de l'Ordre : 1.200,00€ ;
- Pour les avocats inscrits à la liste des stagiaires : 750,00€.

La période de carence est de 30 jours calendriers.

Une indemnisation journalière à rente croissante n'est pas prévue.

Les garanties de l'assurance collective sortent leurs effets jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge de 65 ans, ou 75 ans si l'assuré remplit les conditions applicables aux plus de 65 ans.

Les indemnités sont payables aussi longtemps que dure l'incapacité mais au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge de 65 ans, ou 75 ans si l'assuré remplit les conditions applicables aux plus de 65 ans.

Pour les assurés de plus de 65 ans, l'assurance est maintenue aussi longtemps que l'avocat demeure inscrit au tableau, à la liste des stagiaires, à la liste E ou à la liste B. Pour les assurés âgés de plus de 65 ans, l'intervention d'Ethias est limitée à une période totale cumulée ou non de 12 mois.

2. Assurance individuelle complémentaire :

Les garanties et conditions de souscription seront en tous points identiques à celles accordées par l'assurance collective au point 1 ci-avant.

Le tarif est fixé par tranche supplémentaire assurée. Chaque tranche accorde une indemnité complémentaire de 250,00 euros par mois, avec un maximum assuré de 4 tranches supplémentaires, soit 1.000,00 euros.

Dérogations aux Conditions Générales

Par dérogation à l'article 6 des Conditions Générales, l'assuré ne doit pas communiquer de modifications relatives à son revenu à la compagnie et par dérogation à l'article 2, alinéa 4, la limitation des indemnités journalières octroyées cumulées avec d'autres revenus de remplacement éventuels à 80% du revenu professionnel personnel normal brut pour une période comparable, ne sera pas appliquée.

Par dérogation à l'article 8, alinéa premier, dernier tiret des Conditions Générales, l'exclusion Syndrome de Fatigue Chronique (SFC) et fibromyalgie s'applique uniquement à l'extension de garantie (indemnité journalière complémentaire) et non pas à la garantie de base.

Les exclusions prévues par l'article 8, 7ième tiret, des Conditions Générales ne sont pas d'application en cas de pratique occasionnelle ou récréative de sport ou d'activité.

Par dérogation à l'article 21 des Conditions Générales, sauf en l'exécution de mesures imposées par les autorités de contrôle, Ethias s'engage à maintenir les garanties et les tarifs pour une durée ferme de 3 ans à dater du 31 décembre 2015.

Par dérogation à l'article 24 des Conditions Générales, la Compagnie n'exercera pas de recours contre les tiers responsables.

Burn-Out

Le burn-out est considéré comme l'une des maladies psychiques couvertes par le présent contrat.

Le burn-out est défini comme suit : le syndrome d'épuisement professionnel (ou Burn-Out) combine une fatigue profonde, un désinvestissement de l'activité professionnelle, et un sentiment d'échec et d'incompétence dans le travail. Le syndrome d'épuisement professionnel est considéré comme le résultat d'un stress professionnel chronique (par exemple, lié à une surcharge de travail) : l'individu, ne parvenant pas à faire face aux exigences adaptatives de son environnement professionnel, voit son énergie, sa motivation et son estime de soi décliner.

Augmentation des montants assurés

Une augmentation de l'indemnité journalière assurée prévue à l'article 6 n'est pas appliquée aux assurés ayant un dossier sinistre ouvert au moment de la demande d'augmentation.

Prime

La garantie de base est financée via les cotisations au Barreau des membres du Barreau.

L'extension de garantie (l'indemnité journalière complémentaire) est financée par les membres du Barreau qui choisissent cette extension.

La prime annuelle relative à la garantie de base est fixée à :

- **247,95 € par avocat ;**
- **144,87 € par avocat stagiaire.**

La prime provisionnelle est payable de manière mensuelle conformément aux dispositions reprises à l'article 19 des conditions générales. Seuls les avocats âgés de moins de 75 ans seront comptabilisés pour le calcul de la prime.

Aucune prime d'assurance n'est due pour les avocats âgés de plus de 75 ans. Par avocat de plus de 75 ans, on entend toute personne âgée de 75 ans au 1^{er} janvier de l'année concernée par la facturation. Tout avocat atteignant l'âge de 75 ans en cours d'année d'assurance reste couvert jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance concernée.

La prime annuelle relative à l'indemnité complémentaire individuelle est fixée par tranche supplémentaire assurée. Chaque tranche accorde une indemnité complémentaire de 250,00 euros par mois, avec un maximum assuré de 4 tranches supplémentaires, soit 1.000,00 euros.

Par indemnité complémentaire assurée de 250,00 euros par mois, la prime est fixée à 42,50€ ; taxes et cotisations légales incluses.

Sauf en exécution de mesures imposées par les autorités de contrôle, la prime ne sera pas augmentée pendant la période 2016-2018.

Etat Préexistant

Par dérogation à l'article 9, premier tiret, des conditions générales, les incapacités liées à un état préexistant sont couvertes par la présente assurance collective. (Garantie de base)

En ce qui concerne les assurances complémentaires individuelles, les incapacités liées à un état préexistant sont couvertes pour autant qu'aucune incapacité de travail résultant de l'affection préexistante n'est intervenue pendant un délai d'un an à dater de l'affiliation de l'assuré à l'assurance complémentaire individuelle.

Dispositions transitoires

Pour les avocats ayant déjà souscrit à une assurance complémentaire individuelle auprès d'un autre assureur

L'ensemble des garanties complémentaires actuelles souscrites individuellement auprès d'un autre assureur seront reprises telles quelles sans formalités médicales, y compris pour les assurés âgés de plus de 55 ans.

Ethias proposera aux avocats qui le souhaitent de modifier l'indemnité garantie sans formalité médicale et sans limite d'âge dans les 3 mois suivant la date de reprise du contrat individuel, suivant les conditions de primes et de garanties reprises dans le présent règlement.

Cette disposition est valable uniquement pour la reprise par Ethias de contrats existants.

Pour les avocats souhaitant souscrire à l'assurance complémentaire dans les 3 mois de la prise d'effet du contrat collectif

Dans les 3 mois suivant la prise d'effet de l'assurance collective (jusqu'au 31 mars 2016), Ethias proposera à l'ensemble des membres de l'Ordre de souscrire jusqu'à deux tranches mensuelles complémentaires sans formalité médicale.

Cette action sera possible pour tous les avocats âgés de moins de 65 ans.

La souscription de tranches supplémentaires reste soumise à formalité médicale.

Pour les avocats nouvellement inscrits durant la période de couverture du présent contrat

Ethias proposera aux nouveaux membres de l'Ordre de souscrire jusqu'à deux tranches mensuelles complémentaires sans formalité médicale. Cette action sera possible pour tous les avocats âgés de moins de 65 ans et pour autant que la demande intervienne dans les 3 mois (90 jours calendriers) de la date de leur admission à l'Ordre.

La souscription de tranches supplémentaires reste soumise à formalité médicale.

Entrée en vigueur et durée de la présente assurance

Cette assurance collective entre en vigueur à dater du 31 décembre 2015 à 24h.

L'assurance est conclue pour une période de 3 ans. L'assurance se renouvelle ensuite tacitement pour des périodes consécutives de 3 ans, sans aucune formalité, aux mêmes clauses et conditions, sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins 3 mois avant l'échéance annuelle du contrat.

Echange de courrier avec le preneur d'assurance

Tout échange de courrier destiné au preneur d'assurance est adressé au Bâtonnier.

Fait à Liège en double exemplaire, le 19/10/2015,

Signatures

Pour Ethias,

Pour le Comité de direction,

Le preneur d'assurance,



Olivier VANNERUM

Responsable de service

Définitions

1. Accident

Tout événement soudain dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme de l'Assuré et qui entraîne l'Incapacité de travail.

2. Accouchement

Fin normale ou prématurée d'une grossesse de plus de 6 mois.

3. Affection

Toute situation pathologique qui peut entraîner une diminution des capacités fonctionnelles.

4. Affiliation

Processus à l'issue duquel un nouvel Assuré va faire partie du groupe d'Assurés du Contrat d'assurance.

5. Année d'assurance

Période de 12 mois à compter de l'échéance annuelle, qui demeure inchangée en dépit de tout ajout ou modification quelconque. Lorsque la date d'entrée en vigueur du Contrat d'assurance ne coïncide pas avec l'échéance annuelle, la première Année d'assurance est la période située entre la date d'entrée en vigueur du Contrat d'assurance et la première échéance annuelle du Contrat d'assurance.

6. Assuré

Personne sur la tête de laquelle repose le risque.

7. Compagnie

Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 LIÈGE

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007). RPM Liège TVA BE 0404.484.654

8. Contrat d'assurance

Le Contrat d'assurance se compose de ces conditions générales et du Règlement. Lorsque le Règlement déroge sur certains points à ces conditions générales, le contenu du texte du Règlement prime.

9. Délai d'attente

Période qui commence à la date d'entrée en vigueur de la garantie et qui se termine à la date terme du Délai d'attente et pendant laquelle aucun droit à des prestations ne peut naître ou être demandé. Une Incapacité de travail qui naît ou qui trouve son origine pendant le Délai d'attente, ne donne aucun droit à des prestations.

10. État préexistant

Maladie ou Affection qui existait déjà ou Accident qui a déjà eu lieu au moment de l'Affiliation au Contrat d'assurance à condition qu'en ce qui concerne la Maladie ou l'Affection, un médecin ait constaté cette Maladie ou Affection ou les symptômes qui ont mené au diagnostic de celle-ci, avant l'Affiliation.

11. Incapacité de travail

Impossibilité physique ou psychique pour l'Assuré de continuer à exercer l'activité professionnelle qu'il exerce au moment où le Sinistre se produit. Cette impossibilité peut être temporaire ou permanente, partielle ou totale et est la suite d'une Maladie ou d'un Accident.

Le degré de cette incapacité de travail est fixé sur base de constatations médicales.

12. Maladie

Toute atteinte à la santé de l'Assuré qui ne résulte pas d'un Accident, qui présente des symptômes objectifs et qui est reconnue par un médecin qui soit en Belgique, soit dans le pays où l'Assuré se trouve au moment du constat de la Maladie, a l'autorisation légale d'exercer la médecine.

13. Médecin contrôleur

Médecin qui examine un Assuré à la demande du Médecin-Directeur de la Compagnie.

14. Médecin-directeur

Médecin, désigné par la compagnie, qui se charge d'examiner les dossiers d'affiliation des Assurés et les dossiers sinistre des Assurés en Incapacité de travail.

15. Période de carence

Période mentionnée dans le Règlement, qui commence à la date de début du Sinistre reconnue par le Médecin Directeur et pendant laquelle aucun droit à des prestations ne s'applique.

16. Preneur d'assurance

Personne physique ou morale ayant conclu le Contrat d'assurance.

17. Prime

Montant que la Compagnie demande en contrepartie de ses obligations, éventuellement majoré de la taxe sur la prime et des impôts et/ou des redevances complémentaires quelconques imposées par la loi ou par toute autre disposition réglementaire.

18. Règlement

Document qui est signé par le Preneur d'assurance et la Compagnie et qui complète et précise les conditions générales. Il contient entre autres une description plus précise des conditions d'affiliation, de la Prime, de l'adaptation de la Prime et des prestations assurées.

19. Sinistre

Tout événement permettant de faire jouer les garanties du Contrat d'assurance.

Chapitre 1 Objet et étendue de l'assurance

Article 1 Objet de l'assurance

Cette assurance a pour objet d'octroyer des indemnités journalières en cas d'Incapacité de travail reconnue suite à une Maladie ou un Accident. L'indemnité journalière assurée sera exclusivement payée si le degré d'incapacité est au moins égal à 66 %. Aucun prorata ne sera appliqué pour les incapacités dont le degré d'incapacité est inférieur à 66%.

En cas d'incapacité survenue dans les cas suivants, le degré d'incapacité sera automatiquement fixé à 100% :

- L'incapacité pour l'assuré de se rendre au Palais de Justice ;
- L'incapacité pour l'assuré d'exercer son activité habituelle au cabinet
- La perte de l'usage de la parole

Article 2 Garanties

Le montant de l'indemnité mensuelle choisie est précisé dans le Règlement.

Les indemnités sont payés mensuellement à terme échu, et ce à l'expiration de la Période de carence.

Pendant la période d'Incapacité de travail reconnue, le Preneur d'assurance ou l'Assuré reçoit les indemnités par mois calendrier, à terme échu, et ce au plus tard jusqu'à la date de fin prévue dans le Contrat d'assurance ou jusqu'au moment de la reprise, partielle ou temporaire, de l'activité professionnelle ou de toute autre activité lucrative ou rémunérée, ou jusqu'au moment de la mise à la pension.

Les indemnités journalières octroyées, cumulées avec d'autres revenus professionnels de remplacement éventuels, ne peuvent jamais dépasser le montant de 80% du revenu professionnel personnel normal brut pour une période comparable.

Article 3 Affiliation de l'assuré au contrat d'assurance

Chaque avocat inscrit au tableau de l'Ordre, à la liste des stagiaires, à la liste E ou à la liste B est automatiquement assuré par le Contrat d'assurance. L'affiliation au Contrat d'assurance est automatique et obligatoire.

Article 4 Délai d'attente

Aucun délai d'attente n'est d'application dans le cadre du présent Contrat d'assurance.

Article 5 Période de carence

Pour toute Incapacité de travail reconnue, il est prévu une Période de carence dont la durée est déterminée par le Preneur d'assurance au moment de la souscription du Contrat d'assurance et qui peut s'élever à 14 ou à 30 jours calendrier. La Période de carence choisie est fixée dans le Règlement.

Article 6 Cessation de la profession et modification de la profession, des revenus ou du statut social

Lorsqu'un Assuré met fin à sa profession, lorsque sa profession ou son statut social se modifie ou lorsque son revenu est modifié de manière importante, il doit en avvertir la Compagnie dans un délai d'un mois. Dans les trente jours calendrier de la prise de connaissance de la cessation ou de la modification, la Compagnie a le droit d'adapter l'Affiliation à la formule d'assurance avec effet rétroactif au jour de la cessation ou de la modification, conformément à la nouvelle situation. Cette Affiliation s'effectue conformément à la politique d'acceptation d'application à ce moment.

Lorsqu'un sinistre survient et que l'Assuré n'a pas informé la Compagnie de la cessation de sa profession ou de la modification de sa profession ou de son statut social ou de la modification importante de ses revenus :

1. la Compagnie est tenue de fournir la prestation convenue lorsque l'absence de notification ne peut être reprochée à l'Assuré;
2. la Compagnie n'est tenue de fournir la prestation que dans la proportion de la Prime payée par rapport à la Prime que l'Assuré aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération, dans le cas où l'absence de notification peut être reprochée à l'Assuré. Toutefois, si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation en cas de sinistre est alors limitée au remboursement de toutes les Primes payées;
3. si l'Assuré a agi dans une intention frauduleuse, la Compagnie peut refuser sa couverture. Les Primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a pris connaissance de la négligence frauduleuse, lui échoient à titre de dommages-intérêts.

Article 7 Rechute

Une nouvelle Incapacité de travail qui apparaît dans les 3 mois (90 jours) suivant la fin de l'Incapacité de travail reconnue, est considérée comme la poursuite de la précédente Incapacité de travail, indépendamment du fait qu'elle soit ou non apparue pendant le Délai d'attente, à la condition qu'il s'agisse de la même Maladie ou du même Accident qui était à l'origine de la précédente Incapacité de travail.

En cas de rechute, aucune nouvelle Période de carence n'est appliquée.

Article 8 Risques Exclus

Le droit à des indemnités en cas d'Incapacité de travail n'est jamais accordé lorsque l'Incapacité de travail résulte:

- d'un Etat préexistant;
- d'un Sinistre survenu pendant le Délai d'attente;
- d'une grossesse pendant une période de 3 semaines avant ou après l'Accouchement ou la fausse couche (=congé légal obligatoire); la cessation des activités doit néanmoins être notifiée à la Compagnie à partir du début de la période d'Incapacité de travail;
- d'un traitement à des fins purement esthétiques, sauf si la Compagnie a accordé son autorisation écrite préalable;
- d'un Accident survenu à l'occasion d'un exercice physique pendant une compétition ou une exhibition sportive pour laquelle l'organisateur perçoit un droit d'entrée et pour laquelle les participants perçoivent une rémunération d'une forme quelconque;
- de l'exercice d'un quelconque sport en tant que professionnel ou semi-professionnel recruté avec un contrat de travail de sportifs rémunérés, au sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré;
- d'un Accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport ou d'une activité où l'on s'expose à des risques exceptionnels, comme entre autres les courses de voitures ou de motos, les rallyes, les sports aériens, la plongée sous-marine, les activités spéléologiques et stratosphériques;
- d'une des fautes graves suivantes commises par l'Assuré :
 - état d'ivresse ou intoxication alcoolique de plus 1,5 pour mille;
 - être sous l'influence de drogues, de stupéfiants ou d'excitants;
 - consommation abusive de médicaments;
 - incitation à des paris ou à des défis ou participation à ceux-ci;
 - pratique d'activités sportives dans de telles circonstances que celles-ci sont considérées par des spécialistes comme des actes téméraires;
 - participation volontaire à des rixes ou autres actes de violence;
 - d'actes ou de traitements téméraires que l'Assuré s'est lui-même infligé;

- d'un dol, plus particulièrement lorsque l'Assuré s'est volontairement blessé, fait blesser ou fait rendre malade. Une Incapacité de travail qui est la conséquence d'une tentative de suicide, est prise en charge si celle-ci se situe dans le cadre d'une Maladie ou d'une Affection psychiques ou en est la conséquence;
- du fait que l'Assuré refuse de suivre le traitement médical approprié et les mesures nécessaires au rétablissement de sa santé;
- d'un fait de guerre, d'une guerre civile, d'une émeute ou d'une insurrection populaire;
- d'une exposition à des réactions atomiques nucléaires ou à de la radioactivité ou à des rayons ionisants qui ne font pas partie d'un traitement médical;
- de l'emploi d'armes ou d'engins nucléaires susceptibles d'exploser du fait de la modification de la structure du noyau atomique;
- du Syndrome de Fatigue Chronique (SFC) ou de la fibromyalgie.

Article 9 Validité Territoriale de la garantie d'assurance

Les garanties s'appliquent dans le monde entier pour autant qu'au début de l'Incapacité de travail, l'Assuré soit rattaché au barreau de Bruxelles par son inscription au tableau, à la liste des stagiaires, à la liste E et la liste B ; et, sauf cas de force majeur, pour autant que les contrôles prévus par les présentes conditions générales puissent toujours être effectués en Belgique.

Article 10 Congé de maternité et Allocation de naissance

Ethias intervient jusqu'à concurrence de maximum 5 semaines pour toute incapacité ayant pour cause le congé de maternité de l'assuré.

Lorsque l'assuré accouche durant la période de couverture du présent contrat, une allocation de naissance forfaitaire unique lui est accordée. Celle-ci est fixée à 1.000,00€ par naissance.

Chapitre 2 Traitement du Sinistre

Article 11 Déclaration d'un sinistre

11.1. Généralités

La Compagnie ne se prévaut pas du non-respect des délais indiqués ci-après si la déclaration a été effectuée aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible.

La Compagnie a le droit de demander toutes les informations et tous les renseignements concernant un Sinistre qu'elle juge utiles.

11.2. Incapacité de travail

L'Incapacité de travail est supposée avoir pris cours à la date indiquée sur le certificat médical fourni par le médecin traitant. Ce certificat doit être remis au Médecin-Directeur ou envoyé par la poste au plus tard 4 jours calendrier avant l'expiration de la Période de carence, et au plus tard dans les 30 jours calendrier après le début de l'Incapacité de travail.

En cas de retard lors de la remise ou de l'envoi du certificat médical, l'Incapacité de travail est supposée prendre cours le jour de la remise ou du dépôt à la poste.

Le certificat médical du médecin traitant doit énoncer les éléments suivants:

- la date de début de l'Incapacité de travail et sa durée probable;
- les causes de l'Incapacité de travail et le tiers éventuellement responsable;

- la période d’hospitalisation éventuelle, avec sa date de début et sa date de fin;
- le diagnostic précis.

De plus, la Compagnie peut demander un certificat médical établi par le ou les mêmes médecins concernant le degré et la durée de l’Incapacité de travail. L’Assuré s’engage à demander à cette fin tous les renseignements nécessaires concernant son état de santé à son ou ses médecins traitants, et à les communiquer au Médecin Directeur.

Les mesures nécessaires doivent être prises afin que le ou les Médecins contrôleurs désignés par la Compagnie puissent examiner en tout temps l’Assuré en Belgique. Ils doivent avoir la possibilité de réaliser toutes les tâches jugées nécessaires par la Compagnie, dans un délai de 30 jours calendrier à compter de la notification.

Si les obligations ci-dessus ne sont pas respectées, les prestations ne seront dues que pour autant que l’Incapacité de travail subie puisse encore être démontrée. La Compagnie peut refuser des prestations si les obligations n’ont pas été respectées dans une intention frauduleuse.

11.3. Accouchement

En cas d’Accouchement, il faut remettre un extrait de l’acte de naissance ; le cas échéant un certificat médical constatant que l’enfant est mort-né.

11.4. Décès

En cas de décès , il faut remettre un extrait de l’acte de décès de l’assuré.

Article 12 Reconnaissance de l’incapacité de travail et détermination du degré d’incapacité de travail

La reconnaissance de l’Incapacité de travail et la détermination du degré d’Incapacité de travail sont effectuées par le Médecin-Directeur. Cette détermination se fait exclusivement en fonction de la profession principale exercée par l’Assuré.

Article 13 Obligations du preneur d’assurance et de l’assuré

Le certificat médical prolongeant une Incapacité de travail, doit être envoyé au plus tard dans les huit jours calendrier suivant la fin de la période d’Incapacité de travail; à défaut, le droit d’indemnisation est suspendu jusqu’au jour de la réception du certificat de prolongation. Le certificat médical doit indiquer clairement la durée probable de la prolongation. Le Médecin-Directeur détermine la durée et le degré de l’Incapacité de travail.

Pendant la période d’Incapacité de travail reconnue, sauf décision contraire du Médecin-Directeur, il faut envoyer au Médecin-Directeur, à la fin de chaque mois calendrier, un nouveau certificat médical conforme au modèle de la Compagnie.

La reprise du travail doit être communiquée à la Compagnie dans les 4 jours calendrier.

L’Assuré en Incapacité de travail qui souhaite conserver son droit à l’indemnisation, doit:

- communiquer immédiatement son admission dans un établissement de soins ou tout changement de résidence dans le pays; l’Assuré qui aura négligé d’effectuer cette notification sans motif valable, se verra imputer les frais de contrôle éventuels;
- obtenir pour tout séjour à l’étranger l’autorisation préalable de la Compagnie, même s’il s’agit d’un séjour pour un traitement ou une convalescence; le lieu et la date de chaque séjour doivent clairement être communiqués ;
- en cas d’hospitalisation produire une attestation mentionnant la date de début et la date de fin de l’hospitalisation;
- répondre à toute convocation en vue d’un contrôle si l’Assuré peut quitter son domicile; l’Assuré qui ne peut répondre à la convocation, est réputé se trouver à son domicile ou dans les environs immédiats. L’Assuré en

incapacité de travail ne peut s'opposer à des visites de contrôle à son domicile effectuées par un Médecin contrôleur.

Dans le cadre d'une convalescence, en cas de reprise partielle du travail, l'indemnité journalière peut être versée à concurrence du pourcentage convenu dans le Règlement et pendant une période limitée, moyennant l'autorisation écrite préalable du Médecin Directeur. Le Médecin-Directeur détermine la durée de cette période.

Article 14 Contestations concernant des matières médicales (litiges)

Une divergence de vues dans le cadre d'un Sinistre entre la Compagnie et l'Assuré à propos du degré ou de la durée de l'Incapacité de travail ou une divergence de vues à propos d'une question de nature médicale pourra être tranchée, de l'accord des parties, par une Expertise Médicale Amiable (EMA) : chaque partie désigne un médecin; à défaut d'accord entre les deux médecins, un troisième médecin sera désigné entre eux de commun accord ou, à défaut, par le président du Tribunal de première instance du domicile du défendeur, à la requête de la partie la plus diligente.

L'Expertise Médicale Amiable se déroule en tenant compte des dispositions du Contrat d'assurance. Chaque partie paie les honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin seront supportés conjointement.

L'Expertise Médicale Amiable a la même valeur juridique qu'une expertise judiciaire.

Chapitre 3 Poursuite individuelle

Article 15 Droit à la poursuite individuelle

Tout Assuré a le droit de poursuivre individuellement tout ou partie de la présente assurance lorsqu'il perd le bénéfice de cette assurance. Ce droit ne s'applique pas si l'Assuré perd le bénéfice de l'assurance incapacité de travail pour des motifs visés aux articles 59, 60, 69, 71 et 79 de la Loi du 4 avril 2014 sur le contrat d'assurance terrestre et, d'une manière générale, en cas de fraude.

Pour pouvoir exercer ce droit, l'Assuré doit avoir été affilié de façon continue pendant les deux années précédant la perte de l'assurance incapacité de travail poursuivie, auprès d'une ou de plusieurs assurances incapacité de travail successives.

Le Preneur d'assurance informe l'Assuré au plus tard dans les 30 jours après la perte du bénéfice de l'assurance incapacité de travail, par écrit ou de manière électronique, du moment précis de cette perte, de la possibilité de poursuivre individuellement l'assurance, des données de contact de la Compagnie ainsi que du délai dans lequel il peut exercer le droit à la poursuite individuelle.

Chapitre 4 Dispositions générales

Article 16 Début de l'assurance

Le Contrat d'assurance entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur prévue dans le Règlement.

La date d'Affiliation d'un Assuré au Contrat d'assurance est celle de son inscription à l'Ordre des avocats du barreau dont il dépend.

Article 17 Paiement de la Prime

La Prime est payable sur présentation de l'avis d'échéance envoyé par la Compagnie. En cas de non-paiement de la Prime, l'article 19 des présentes conditions générales est appliqué.

L'échéance annuelle de la Prime est fixée au 31 décembre de chaque année calendrier.

Article 18 Non-Paiement de la Prime

En cas de non-paiement d'une prime, la garantie est suspendue ou le contrat est résilié, après mise en demeure, par lettre recommandée comportant sommation de payer dans un délai de quinze jours à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

La suspension ou la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration du délai de quinze jours prenant cours le lendemain du jour de l'envoi de la lettre recommandée.

Si la garantie est suspendue :

- a) le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à la suspension;
- b) à défaut de paiement Ethias peut résilier le contrat, si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure notifiant la suspension : dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du premier jour de la suspension.

La suspension de la couverture ne porte pas atteinte au droit de la Compagnie d'exiger le paiement des Primes encore à échoir.

Si l'Assuré ne paie pas les montants qu'il est tenu de supporter, il ne peut pas bénéficier de la ou des couverture(s) choisie(s) individuellement.

Article 19 Avances

La prime se calcule provisoirement d'après les indications du Règlement.

Il est perçu anticipativement à chaque échéance annuelle, une prime provisionnelle égale au montant estimé de la prime annuelle à terme échu. Cette provision peut être perçue mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Dans la quinzaine qui suit chaque année d'assurance, le preneur d'assurance est tenu de fournir à la Compagnie une déclaration indiquant les quantités servant de base au calcul de la prime; celle-ci est alors régularisée soit par un supplément à payer par le preneur d'assurance, soit par un remboursement à faire par la Compagnie. La Compagnie se réserve le droit en tout temps de relever la prime provisoire et de la mettre en concordance avec les quantités déclarées.

Article 20 Modification du tarif

Si Ethias augmente son tarif, l'adaptation tarifaire est d'application à partir de l'échéance annuelle qui suit la date de sa notification au preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de la notification.

Si l'adaptation tarifaire lui est notifiée moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance conserve la faculté de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de ladite notification.

Si Ethias réduit son tarif, le preneur d'assurance en bénéficiera à partir de l'échéance annuelle suivante.

Article 21 Résiliation du Contrat d'assurance

Le Preneur d'assurance ou la Compagnie peut résilier le Contrat d'assurance chaque année à l'échéance annuelle de la Prime. La résiliation ne prendra effet que moyennant l'envoi à la Compagnie d'une lettre recommandée au plus tard 3 mois avant la date mentionnée à la phrase précédente. Cette résiliation aura également effet sur l'ensemble des extensions liées.

La Compagnie peut résilier le Contrat d'assurance en cas de non-paiement de la Prime, en respectant l'article 19 des conditions générales.

L'Assuré peut résilier annuellement son Affiliation individuelle en le notifiant par écrit.

Les extensions individuelles sont liées à la police collective. La résiliation de la police collective entrainera automatiquement la résiliation de chaque extension individuelle.

Article 22 Taxes, Cotisations, Impôts et frais

Les Primes sont majorées de la taxe annuelle sur les opérations d'assurance et des éventuelles cotisations imposées au Preneur d'assurance. Tous taxes, cotisations, impôts, frais ou redevances, qui, sous quelque dénomination que ce soit, peuvent être imposés par quelque autorité que ce soit, concernant les Primes encaissées, les sommes assurées ou les prestations à payer, seront intégralement à charge du Preneur d'assurance ou de l'Assuré.

Article 23 Subrogation

La Compagnie est subrogée à concurrence du montant des indemnités qu'elle paie dans les droits et actions du Preneur d'assurance, de l'Assuré ou du Bénéficiaire, contre les tiers responsables. Si la subrogation ne peut avoir lieu au profit de la Compagnie en raison d'un acte commis par le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire, la Compagnie peut lui réclamer le remboursement des indemnités versées au prorata du préjudice subi.

La Compagnie n'a pas de recours contre les ascendants ou les descendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'Assuré, ni contre les personnes habitant sous son toit, ses hôtes ou son personnel de maison, sauf en cas de dol. La Compagnie peut toutefois exercer un recours contre ces personnes si leur responsabilité est bel et bien couverte par un contrat d'assurance.

Article 24 Adresses de correspondance – Domiciliation du Contrat d'assurance

La Compagnie élit domicile à son siège social. Le domicile du Preneur d'assurance et celui de l'Assuré sont élus de plein droit à la dernière adresse professionnelle connue par la Compagnie.

En cas de changement de domicile, le Preneur d'assurance et l'Assuré s'engagent à en avertir par écrit la Compagnie, à défaut de quoi toute notification sera faite valablement au dernier domicile connu par la Compagnie.

Toute lettre recommandée envoyée par la Compagnie tient lieu de mise en demeure suffisante. Le récépissé de la poste prouve l'envoi. Les dossiers ou documents de la Compagnie prouvent le contenu de la lettre, pour autant que celle-ci ne soit pas produite par le Preneur d'assurance ou par l'Assuré.

Article 25 Droit Applicable et Tribunaux Compétents

Les litiges relatifs à l'interprétation et à l'exécution du présent Contrat d'assurance relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges. La loi belge s'applique au présent Contrat d'assurance.

Article 26 Protection de la Vie Privée

Le Preneur d'assurance et les Assurés donnent à la Compagnie, responsable du traitement, l'autorisation de traiter leurs données à caractère personnel en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de

données à caractère personnel (loi relative à la vie privée). Ce traitement comprend entre autres la communication ou la transmission de données personnelles, si celle-ci s'avère nécessaire ou indiquée, à des tiers prestataires de services tels que les entreprises de réassurance. Ceux-ci peuvent être établis dans des pays appartenant à l'Espace Economique Européen, mais aussi dans des pays qui n'offrent pas nécessairement un niveau de protection équivalent à celui de la Belgique.

À titre exclusif pour le traitement en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurances tels que le traitement administratif des Bulletins d'affiliation et du Contrat d'assurance, en ce compris le traitement des Sinistres, le Preneur d'assurance et l'Assuré marquent leur consentement formel en vue du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé. Ces données seront uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à celles-ci sera limité aux membres du personnel de la Compagnie qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches et à d'éventuels tiers prestataires de services dont l'intervention est nécessaire ou indiquée dans le cadre de l'exécution des tâches précitées, conformément à l'article 7 de la loi relative à la vie privée.

Le Preneur d'assurance et les Assurés peuvent à tout moment s'opposer au traitement de leurs données à caractère personnel à des fins de « marketing direct » en s'adressant à la Compagnie.

Le Preneur d'assurance et les Assurés ont accès à leurs données à caractère personnel et peuvent demander la rectification de données inexacts et la suppression de données dont le traitement est interdit.

Le Preneur d'assurance et les Assurés peuvent consulter auprès de la Commission de protection de la vie privée le registre public des traitements automatisés de données à caractère personnel.

Article 27

Plaintes

Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

Ethias « Service 1035 »

Rue des Croisiers 24 à 4000 LIÈGE Fax
04 220 39 65 [gestion-des-
plaintes@ethias.be](mailto:gestion-des-plaintes@ethias.be)

Service ombudsman assurances

Square de Meeûs 35 à 1000 BRUXELLES
Fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Informations complémentaires MIFID

Article 28 Modes de communication et langues

Mode de communication

Nous communiquons avec nos assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail sur info@ethias.be
- par téléphone en français au 04 220 37 79 et en néerlandais au 011 28 29 27
- au sein de nos bureaux régionaux : pour obtenir les coordonnées du bureau le plus proche, consultez notre site www.ethias.be/bureaux (FR) ou www.ethias.be/kantoren (NL)

Langues de communication

Toute communication avec nos assurés se tient en français ou en néerlandais, selon le choix de l'assuré.

Tous nos documents (devis, propositions d'assurance, conditions générales, conditions particulières, etc...) sont disponibles en français et en néerlandais.

Article 29 Résumé de la politique en matière de conflits d'intérêts

Introduction

Ethias s.a. est une entreprise d'assurances active sur le marché financier belge. En sa qualité d'agent d'assurances, elle distribue également des produits d'assurance vie d'Intégrale.

Ethias s.a. est potentiellement exposée à des conflits d'intérêts résultant de l'exercice de ces différentes activités. Considérant la protection des intérêts de ses clients comme une priorité essentielle, Ethias a élaboré une politique générale qui doit permettre à ses administrateurs, dirigeants et membres du personnel de se prémunir dans la mesure du possible contre ce risque.

Définition

Un conflit d'intérêt est un conflit qui surgit lorsque deux ou plusieurs personnes ou entités ont des intérêts contradictoires qui pourraient déboucher sur une perte potentielle pour le client.

Le conflit d'intérêts est une notion complexe. Il peut survenir entre Ethias, ses administrateurs, dirigeants effectifs, ses collaborateurs et agents liés d'une part et ses clients d'autre part ainsi qu'entre ses clients entre eux.

Identification

Ethias s.a. a identifié les conflits d'intérêts potentiels dans l'ensemble de ses activités. Il peut s'agir notamment des conflits suivants :

- Agir en qualité d'assureur et d'agent d'assurances ;
- Assurer plusieurs clients dans un même sinistre ;
- Assurer un client en plusieurs qualités (en RC et en PJ) ;
- Accepter des cadeaux ou avantages susceptibles d'avoir une influence réelle ou apparente sur l'objectivité et l'impartialité du collaborateur ;
- Octroyer à des intermédiaires des avantages ou rémunérations susceptibles d'avoir une influence réelle ou apparente sur l'objectivité de l'analyse des besoins du client ;
- Proposer aux clients des produits non adaptés (exigences et besoins, profil client, etc.) ;
- Utiliser de manière impropre des informations confidentielles qui concernent un client dans le cadre d'une autre relation de clientèle.

Mesures de prévention adoptées

Ethias s.a. a pris des mesures organisationnelles et administratives adéquates afin de prévenir et gérer les conflits d'intérêts potentiels identifiés.

Contrôle de l'échange d'informations

Des mesures organisationnelles (désignées sous le terme de Chinese wall) sont prises au sein d'Ethias afin d'éviter tout échange non autorisé d'information entre collaborateurs, de contrôler le flux d'informations privilégiées entre différents départements opérationnels et d'éviter de concentrer certaines responsabilités sur une seule et même personne.

Surveillance séparée

Des services qui pourraient générer des conflits d'intérêts en cas de gestion commune sont gérés par des responsables différents.

Inducements

Les rémunérations, commissions et avantages non monétaires versés ou reçus de tiers en rapport avec un service fourni ne sont acceptables qu'à la condition que vous en soyez informé, qu'ils améliorent la qualité du service offert et qu'ils ne nuisent pas à notre engagement ni à celui du tiers d'agir au mieux de vos intérêts.

Cadeaux

Une politique en matière de cadeaux a été définie. Elle prévoit des conditions strictes dans lesquelles les collaborateurs peuvent accepter ou offrir des cadeaux. Par ailleurs, tout cadeau est obligatoirement renseigné dans un registre.

Activités externes des collaborateurs

Tout collaborateur peut exercer ou participer à des activités à l'extérieur de l'entreprise conformément à son contrat de travail, à la condition que cet emploi ou ces activités ne risquent pas d'entraîner un conflit d'intérêts ou de compromettre la neutralité de sa fonction dans l'entreprise, de quelque manière que ce soit. Même une apparence de conflits doit être évitée en permanence.

Prévention d'influence inappropriée

Les collaborateurs d'Ethias doivent s'assurer qu'ils adoptent une attitude totalement indépendante dans les relations avec les clients. L'ensemble des collaborateurs d'Ethias est tenu au respect d'un code de déontologie qui fait partie intégrante du règlement de travail. Ce code obligatoire stipule une obligation de protection de l'information de même qu'un devoir de discrétion, et impose au collaborateur d'agir avec intégrité et transparence et de respecter des mesures concrètes destinées à prévenir les risques d'influence.

Notification des conflits d'intérêts

Si, en dépit des mesures prises, un risque d'atteinte aux intérêts du client subsiste, l'existence de ce conflit d'intérêts potentiel sera porté à votre connaissance afin que vous puissiez prendre une décision en connaissance de cause.

Pour plus d'informations

Ethias

rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE

Tél. 04 220 31 11 Fax 04 220 30 05

www.ethias.be info@ethias.be



Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

Ethias « Service 1035 »

Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE - Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

Service ombudsman assurances

Square de Meeûs 35 - 1000 BRUXELLES - Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.