



Conditions générales

Assurance collective incapacité de travail

Version	001
Date	1^{er} mai 2024

NN Insurance Belgium S.A.
Avenue Fonsny 38
B-1060 Bruxelles

NN Insurance Belgium SA, entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les Branches 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26 et prêteur en crédit hypothécaire agréé par la FSMA sous le numéro de code 0890270057 - Siège social : avenue Fonsny 38, B-1060 Bruxelles - RPM Bruxelles - Belgique - TVA BE 0890.270.057 - BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE28 3100 7627 4220. – www.nn.be. - FSMA : rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles, www.fmsa.be. BNB : boulevard de Berlaumont 14, 1000 Bruxelles, www.bnb.be

Table des matières

1. Quelles sont les parties de cette assurance ?	4
Qu'entend-on par « cette assurance » ?	4
Qu'entend-on par « vous » ?	4
Qu'entend-on par « nous » et « notre » ?	4
Qu'entend-on par « l'organisateur » ?	4
2. Quel est l'objectif et quelles sont les conditions de cette assurance ?	4
Quel est l'objectif de cette assurance ?	4
Sur quelles bases cette assurance est-elle établie ?	4
Quand cette assurance prend-elle effet ?	4
Cette assurance est-elle valable dans le monde entier ?	5
En quoi consistent les règles médicales ?	5
3. Quand intervenons-nous ?	5
Quelles causes d' <i>incapacité de travail</i> peuvent être indemnisées ?	5
Quelles formes de prestation l'assurance peut-elle prévoir ?	5
En quoi consiste la rente d' <i>incapacité de travail</i> ?	5
En quoi consiste une exonération des primes ?	6
4. Quand n'intervenons-nous pas ?	7
Que se passe-t-il si l'affection existait déjà au moment de l'affiliation ?	7
Quels sont les événements exclus ?	7
Le terrorisme est-il assuré comme événement ?	8
Quid de la prestation pendant votre période de préavis ?	8
5. Aspects pratiques	8
Vous souhaitez déclarer un sinistre en cas d' <i>incapacité de travail</i> ?	8
Quelles sont vos obligations ?	8
Votre degré d' <i>incapacité de travail</i> peut-il être revu ?	9
Que se passe-t-il si nous constatons de fausses déclarations ou des omissions volontaires ?	9

Pouvons-nous faire effectuer un contrôle médical ?	9
Qu'est-ce qu'une expertise médicale amiable ?	9
Quand la garantie prend-elle fin ?	10
Quand et comment les cotisations sont-elles payées ?	10
6. Dispositions diverses.....	10
Qui est compétent en cas de litige ?	10
Les <i>organismes</i> étrangers peuvent-ils également souscrire cette assurance ?	10
Comment votre vie privée est-elle protégée ?	11
7. Liste des principales notions utilisées dans les présentes conditions générales	13

Conditions générales

Assurance collective incapacité de travail

Conseil : vous trouverez à la fin de ce document un lexique reprenant tous les mots en italique.

1. Quelles sont les parties de cette assurance ?

Qu'entend-on par « cette assurance » ?

Tous les accords entre vous, l'*organisateur* et la compagnie d'assurances, énumérés dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières de l'assurance collective *incapacité de travail*.

Qu'entend-on par « vous » ?

Vous êtes affilié à l'assurance. Vous êtes le bénéficiaire, l'assuré, et recevez la prestation d'assurance.

Qu'entend-on par « nous » et « notre » ?

L'assureur avec qui le contrat est conclu : NN Insurance Belgium SA, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, agréée sous le code n° 2550.

Les rapports de solvabilité et de la situation financier sont disponibles sur le website www.nn.be/fr/a-propos-de-nn/publications.

Qu'entend-on par « l'organisateur » ?

La personne morale qui conclut l'assurance avec nous, c'est-à-dire le preneur d'assurance.

2. Quel est l'objectif et quelles sont les conditions de cette assurance ?

Quel est l'objectif de cette assurance ?

Les couvertures possibles de cette assurance ont pour objectif de prévoir une prestation en cas d'*incapacité de travail* due à une *maladie*, un *accident* de la vie privée ou un accident du travail.

Sur quelles bases cette assurance est-elle établie ?

- les dispositions légales et réglementaires applicables
- les présentes conditions générales : généralement applicables
- les conditions particulières : spécifiquement applicables à l'*organisateur* et à vous

Quand cette assurance prend-elle effet ?

À la date spécifiée dans les conditions particulières.

Cette assurance est-elle valable dans le monde entier ?

La couverture en cas d'*incapacité de travail* est valable dans le monde entier. Toutefois, il n'y a pas de couverture si vous vous rendez dans un pays ou une région pour lesquels le Service public fédéral des affaires étrangères a émis un avis de voyage négatif.

Si vous séjournez dans un pays ou une région que le gouvernement belge conseille de quitter, vous devez suivre cette recommandation dans un délai de 14 jours. Dans le cas contraire, la couverture n'existe que si vous démontrez que vous n'avez pas pu quitter le pays ou la région pour cause de force majeure.

En quoi consistent les règles médicales ?

Nous pouvons vous demander des formalités médicales. Mais nous ne refusons jamais votre affiliation ou votre augmentation sur la base du résultat. Une surprime ou une exclusion de pathologies existantes est toutefois possible.

Nous vous demandons de passer un examen médical ? Dans ce cas, nous prendrons en charge son paiement.

3. Quand intervenons-nous ?

Quelles causes d'*incapacité de travail* peuvent être indemnisées ?

L'assurance indemnise une ou plusieurs (voir les conditions particulières) des causes suivantes telles que décrites ci-dessous :

- *maladie*
- *accident* de la vie privée
- *accident* du travail

Quelles formes de prestation l'assurance peut-elle prévoir ?

L'assurance prévoit une ou plusieurs (voir les conditions particulières) des formes de prestation suivantes :

- Rente d'*incapacité de travail*
- Exonération de primes

En quoi consiste la rente d'*incapacité de travail* ?

Si la cause de votre *incapacité de travail* est assurée, vous avez droit à partir du premier jour suivant la période de carence à une rente d' *incapacité de travail* pour la durée de l'*incapacité de travail*. Une durée maximale peut éventuellement s'appliquer. Si aucune durée maximale n'est prévue, la prestation est versée jusqu'à la retraite. Les périodes avant la fin de la période de carence et après la durée maximale éventuelle n'ouvrent jamais droit à une prestation.

Le montant de la rente, la période de carence et la durée maximale éventuelle sont déterminés dans les conditions particulières.

Vous recevrez le montant à la fin de chaque mois. Le premier et le dernier paiement sont proratisés en fonction du nombre réel de jours pendant lesquels vous êtes encore en *incapacité de travail* par rapport au nombre total de jours du mois de paiement.

En quoi consiste une exonération des primes ?

Si la cause de votre *incapacité de travail* est assurée, en cas de dispense de prime, le paiement des cotisations pour l'assurance groupe continue à partir du premier jour suivant la période de carence, pour la durée de l'*incapacité de travail*. Une durée maximale peut éventuellement s'appliquer. Si aucune durée maximale n'est prévue, la prestation est versée jusqu'à la retraite. Les périodes avant la fin de la période de carence et après la durée maximale éventuelle n'ouvrent jamais droit à une prestation.

La période de carence et la durée maximale éventuelle sont déterminées dans les conditions particulières.

Pendant la période de carence, les cotisations à votre assurance groupe sont simplement payées par l'*organisateur*, comme décrit dans les conditions particulières. Si la période de carence dure plus de 30 jours, l'*organisateur* peut vous facturer les cotisations que vous avez reçues pendant cette période. De quelles cotisations s'agit-il ? Vous pouvez trouver cette information dans les conditions particulières (par exemple, accumulation de pension, décès, *incapacité de travail*...).

Le premier et le dernier paiement sont proratisés en fonction du nombre réel de jours pendant lesquels vous êtes encore en *incapacité de travail* par rapport au nombre total de jours du mois de paiement.

Quelle est la durée maximale de versement de la rente d'incapacité de travail et/ou de l'exonération de primes ?

Selon les dispositions des conditions particulières, vous bénéficiez d'une couverture complète ou limitée.

- Si vous bénéficiez d'une couverture complète (Extended cover), la durée maximale de versement se poursuit jusqu'au moment où vous prenez votre pension légale.
- Si vous bénéficiez d'une couverture limitée (Essential cover), la durée de versement pour chaque sinistre est limitée à un maximum de 2 ans, à compter de la date d'expiration de la période de carence. Si l'*incapacité de travail* est liée à une *incapacité de travail* antérieure, la durée maximale de versement de 2 ans est réduite de la durée pendant laquelle nous sommes déjà intervenus en raison de cette *incapacité de travail* antérieure.

Quel degré d'incapacité de travail appliquons-nous ?

Nous versons la rente d'*incapacité de travail* proportionnellement au degré d'*incapacité de travail*. Votre degré d'*incapacité de travail* s'élève à :

- au moins 67 % ? Dans ce cas, vous recevez une prestation complète ;
- au moins 25 % mais à moins de 67 % ? Dans ce cas, nous adaptons le montant de la rente en fonction du degré d'*incapacité de travail* ;
- moins de 25 % ? Dans ce cas, aucune prestation n'est prévue.

Votre degré d'*incapacité de travail* a évolué ? Dans ce cas, nous appliquons le nouveau pourcentage pour le calcul de votre prestation.

Lorsque le degré d'*incapacité de travail* peut être réduit par une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou le port d'une prothèse et que l'affilié refuse de s'y soumettre, nous ne sommes plus tenus qu'à l'indemnisation de l'*incapacité de travail* réduite comme si l'affilié s'était soumis à l'intervention ou au traitement.

Que se passe-t-il en cas de nouvelle *incapacité de travail* ?

Si vous reprenez le travail après une première *incapacité de travail* et que celle-ci est suivie d'une deuxième *incapacité de travail*, due à la même cause, alors :

- nous n'appliquons pas de *délai de carence* si cette deuxième *incapacité de travail* survient moins de 30 jours après la reprise du travail ;
- nous appliquons à nouveau le *délai de carence* si cette deuxième *incapacité de travail* survient 30 jours ou plus après la reprise du travail.

Si une nouvelle *incapacité de travail* due à une autre cause survient, nous appliquons aussi à nouveau un *délai de carence* pour les éventuelles prestations supplémentaires.

Qu'advient-il des prestations d'*incapacité de travail* en cours après la cessation des garanties ?

La résiliation du contrat de travail ou la cessation de cette assurance n'ont pas d'impact sur les prestations déjà en cours, pour autant que les conditions contractuelles soient toujours respectées.

4. Quand n'intervenons-nous pas ?

Que se passe-t-il si l'affection existait déjà au moment de l'affiliation ?

Aucune prestation n'est accordée si l'*incapacité de travail* pour laquelle une intervention est demandée existait déjà au moment de votre affiliation.

Toutefois, l'aggravation de l'affection est prise en considération, si vous êtes affilié à cette assurance depuis plus d'un an et n'avez pas subi, au cours de cette période, d'*incapacité de travail* résultant de la cause préexistante.

Quels sont les événements exclus ?

Vous n'avez pas droit à une prestation si votre *incapacité de travail* résulte directement ou indirectement de ce qui suit :

- une tentative de suicide ;
- un acte intentionnel, un crime commis par la personne assurée en tant qu'auteur ou coauteur ;
- la participation active de l'assuré au terrorisme, à la guerre, à la guerre civile, aux émeutes ou aux troubles civils, à moins que l'assuré ne soit intervenu qu'en tant que membre des forces déployées par le gouvernement pour maintenir l'ordre ;
- un *accident* impliquant un aéronef en tant que pilote, sauf s'il s'agit d'un vol régulier ou d'un vol charter ;
- une chute d'une hauteur supérieure à 15 mètres dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- la consommation excessive d'alcool, de drogues ou de médicaments ;
- une intervention esthétique, à l'exception de la chirurgie reconstructive ou à moins qu'elles ne soient nécessaires pour des raisons médicales ;
- L'exercice de l'un des sports suivants :
 - Toute forme de pratique sportive (semi-)professionnelle, y compris les séances d'entraînement.

- Toute forme d'aviation sportive et de loisir, de parachutisme, de chute libre, de parapente ou de base jump.
- Toute forme de sport motorisé en compétition ou lors de la participation à des raids et/ou des rallyes, y compris les essais et les entraînements.
- Le ski et le snowboard (ou similaire) hors-piste ou l'héliski/héliboard, sauf si la pratique de ces sports est encadrée par un guide ou moniteur agréés, dans le respect de la réglementation et la signalisation en place.
- L'alpinisme sans équipement de sécurité ou au-dessus d'une altitude de 4000 mètres ou l'escalade de glace, la spéléologie, sauf si ces sports sont organisés par un guide/opérateur de voyage professionnel.
- La navigation dans les eaux internationales.
- La plongée sans permis, la plongée sous-marine à plus de 40 mètres de profondeur, la plongée sur épave, la plongée en grotte, la plongée en apnée, la plongée sous glace, la plongée de nuit, la plongée en recycleur, la plongée avec cloche de plongée, la plongée en quête de trésor, la plongée avec narguilé de plongée (SSE), la tentative de record de profondeur.

Dans certains cas, ces sports peuvent être assurés à condition que les conditions particulières le mentionnent explicitement et moyennant le paiement d'une surprime.

Le terrorisme est-il assuré comme événement ?

Nous couvrons les dommages résultant du terrorisme dans les conditions et limites de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Nous sommes membres de l'asbl TRIP qui aide à faire face aux conséquences d'un acte terroriste.

Quid de la prestation pendant votre période de préavis ?

Si vous percevez une indemnité de préavis, aucune indemnité d'*incapacité de travail* n'est accordée pendant cette période.

5. Aspects pratiques

Vous souhaitez déclarer un sinistre en cas d'*incapacité de travail* ?

Remettez-nous les formulaires de déclaration complétés dans les 30 jours, en ce compris tous les documents, attestations et rapports nécessaires. Nous avons besoin de plus d'informations ? Nous prendrons contact avec vous.

Déclaration tardive ? Dans ce cas, nous réduisons notre intervention. Sauf si vous prouvez que la déclaration tardive est due à un cas de force majeure.

Quelles sont vos obligations ?

- Vous devez demander à tout médecin qui vous a fourni des soins de transmettre les renseignements demandés. Vous les transmettez alors directement à notre médecin-conseil. Cela vaut tant pour la survenance de l'*incapacité de travail* que pour son suivi médical ultérieur.
- Vous devez prendre au plus vite toutes les mesures pour accélérer votre guérison.
- Vous devez suivre les traitements médicaux prescrits.

Vous ne remplissez pas l'une de ces obligations ? Nous pouvons alors refuser ou interrompre notre intervention, en tout ou en partie. Cela vaut également si :

- vous ne suivez pas de traitement approprié en fonction de votre état de santé et agréé par le corps médical ;
- vous arrêtez le traitement sans avis médical ou si vous ne suivez pas correctement le traitement.

Votre degré d'incapacité de travail peut-il être revu ?

Lors du versement d'une rente d'*incapacité de travail*, vous pouvez faire revoir le degré d'*incapacité de travail*. Nous avons également ce droit. Vous devez nous signaler spontanément dans les 15 jours toute modification de votre état de santé entraînant une diminution du degré d'*incapacité de travail*. Vous ne le faites pas ? Dans ce cas, nous réclamerons toute somme indûment versée, majorée des intérêts légaux.

Que se passe-t-il si nous constatons de fausses déclarations ou des omissions volontaires ?

Nous pouvons refuser d'intervenir. Nous avons déjà effectué un versement ? Dans ce cas, nous réclamons cette somme, majorée des intérêts légaux.

Pouvons-nous faire effectuer un contrôle médical ?

Oui. Les interventions prévues dans les conditions particulières ne sont payées que si nous pouvons faire contrôler à tout moment votre état de santé. En outre, vous autorisez les médecins traitants à transmettre à nos médecins tous les renseignements relatifs à votre état de santé.

Nous vous demandons de passer un examen médical ? Dans ce cas, nous prendrons en charge son paiement.

Qu'est-ce qu'une expertise médicale amiable ?

Toute contestation à propos de votre *incapacité de travail* est soumise à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré et l'autre par nous. Faute d'arriver à un accord, les médecins experts désigneront un troisième expert.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième expert, ce dernier est désigné par le Président du Tribunal compétent de votre domicile, à la requête de la partie la plus diligente.

Les trois médecins experts statueront en commun, mais à défaut de majorité, c'est l'avis du troisième expert qui sera déterminant. Les parties sont irrévocablement liées par la décision des experts pour autant qu'elle soit dûment motivée et respecte les dispositions du présent contrat.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

Quand la garantie prend-elle fin ?

Votre droit aux prestations prend fin :

- à l'âge terme tel que défini dans les conditions particulières ;
- à l'expiration de la durée maximale si les conditions particulières le prévoient ;
- à votre décès ;
- à la date de début de votre pension.

Si vous perdez votre couverture et que celle-ci répond aux conditions de l'article 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, vous avez le droit de la continuer à titre individuel conformément aux conditions et modalités telles que décrites audit article 208.

Quand et comment les cotisations sont-elles payées ?

Les cotisations sont payées conformément aux dispositions prévues aux conditions particulières.

L'organisateur décide de cesser le paiement des cotisations ? Il doit nous le faire savoir immédiatement. Nous l'informerons par écrit de ce qui se passera s'il ne paie pas. L'assurance prendra fin à la première échéance qu'il n'aura pas payée.

L'organisateur ne nous informe pas de la cessation de ses paiements ? Dans ce cas, il recevra une lettre recommandée dans laquelle nous l'informons de ce qui se passera s'il ne paie pas. L'assurance prendra fin 30 jours après l'envoi de cette lettre.

6. Dispositions diverses

Qui est compétent en cas de litige ?

Toute plainte éventuelle relative au contrat peut être adressée :

- en première instance à NN Insurance Belgium SA, Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles plaintes@nn.be ;
- en dernier ressort, à l'ombudsman des assurances, square De Meeus, 35 à 1000 Bruxelles. Site internet : www.ombudsman-insurance.be - E-mail : info@ombudsman-insurance.be – Tél. +32 2 547 58 71.

Vous avez à tout moment le droit d'entamer une procédure judiciaire. En cas de litiges éventuels, seuls les tribunaux belges sont compétents.

Les *organisateurs étrangers* peuvent-ils également souscrire cette assurance ?

Non, cette assurance peut uniquement être souscrite par les sociétés commerciales belges, ainsi que les filiales et succursales belges de sociétés mères commerciales étrangères. La convention d'assurance ne peut être émise qu'au nom et à l'adresse de l'établissement belge, de la filiale ou de la succursale de la société commerciale, et, en ce qui concerne les succursales, doit exclusivement être signée par un ou plusieurs représentant(s) permanent(s) avec domicile en Belgique. L'acceptation d'autres personnes morales belges, ainsi que d'entités belges qui n'ont pas la forme juridique d'une société commerciale, est soumise à une procédure d'acceptation spécifique.

Comment votre vie privée est-elle protégée ?

Les données à caractère personnel que l'employeur de la personne concernée ou la personne concernée même, nous communiquent, maintenant ou plus tard, sont traitées par NN Insurance Belgium SA, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, le responsable du traitement.

Vous pouvez joindre notre Data Protection Officer (DPO), notamment pour obtenir des informations complémentaires concernant le traitement des données à caractère personnel, comme suit : Data Protection Officer (DPO), Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou dpo@NN.be.

Les bases juridiques ainsi que les finalités du traitement des données à caractère personnel de la personne concernée sont les suivantes :

- l'exécution des contrats d'assurance ou, des mesures précontractuelles, concernant la souscription du contrat et notamment la détermination et l'acceptation du risque, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion des sinistres ainsi que le règlement de la prestation du contrat, le cas échéant au profit d'un tiers.
- le respect d'obligations légales, p.e. la réglementation relative aux assurances, la directive relative à la distribution d'assurances (IDD), la réglementation relative à la prévention du blanchiment de capitaux sommet du financement du terrorisme et crimes associés,
- les intérêts légitimes de NN Insurance Belgium SA, à savoir la fourniture et la gestion de services d'assurance en général, en ce compris l'amélioration des couvertures souscrites, la gestion de notre fichier de clients et de vente, la prévention d'irrégularités (notamment, la prévention de et la lutte contre la fraude), le marketing direct des produits de NN et leur promotion (sauf par e-mail) et le traitement à des fins statistiques.
- le traitement des données à caractère personnel concernant la santé se fait exclusivement sur base de consentement explicite.

Les données à caractère personnel que NN Insurance Belgium SA reçoit dans le cadre de la conclusion et l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles et, du respect des obligations légales y relatives, sont nécessaires à l'établissement du contrat. À défaut de cette communication, il n'est pas possible de souscrire le contrat.

Les données à caractère personnel concernant la santé seront traitées avec discrétion et uniquement par les personnes habilitées, notamment le département médical et le service juridique.

Aux fins précitées et sur les bases juridiques y relatives, les données à caractère personnel peuvent être transmises et traitées par les différents services de NN Insurance Belgium SA, les entités du Groupe NN, leurs représentants en Belgique, leurs correspondants à l'étranger, leurs réassureurs, leurs bureaux de règlement des sinistres, un expert, un avocat, un conseiller technique, aux partenaires de distribution, à toute personne ou entité qui introduit un recours ou contre laquelle un recours est introduit dans le cadre des contrats souscrits et, aux pouvoirs publics. Une liste actualisée des destinataires des données à caractère personnel est disponible sur demande auprès de notre DPO.

Les données de la personne concernée sont généralement traitées au sein de l'Union européenne (UE). Dans certains cas, les données à caractère personnel sont traitées en dehors de l'UE. Afin de garantir la sécurité de des données à caractère personnel, NN Insurance Belgium SA prends dans ces cas des mesures en concluant des accords dans lesquels NN Insurance Belgium SA conclut des accords comparables sur la sécurité des données à caractère personnel, tout comme NN Insurance Belgium SA le fait au sein de l'UE.

NN Insurance Belgium SA conserve les données à caractère personnel aussi longtemps que nécessaire sur base des finalités susmentionnées. Ce faisant, NN Insurance Belgium SA doit tenir compte des délais imposés par des dispositions légales ou réglementaires en matière de conservation des données à caractère personnel et/ou des documents (pré-)contractuels ainsi que des délais de prescription applicables en la matière compte tenu notamment des causes légales de suspension et d'interruption de cette prescription.

La personne concernée dispose des droits suivants à l'égard de ses données à caractère personnel :

- le droit d'accès ;
- le droit de rectification ;
- le droit à la limitation du traitement, qui s'exerce sans préjudice au droit pour responsable du traitement de conserver les données à caractère personnel ou encore, du traitement de ces données pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ;
- le droit à la portabilité pour autant que le traitement soit basé sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles ;
- le droit de demander l'effacement de données applicable aux données à caractère personnel dont le traitement est basé sur l'exécution du contrat ou pour les mesures (pré-) contractuelles, compte tenu cependant des obligations en matière de délais de conservation auxquels le responsable de traitement est soumis, ou, compte tenu de l'intérêt légitime du responsable de traitement, moyennant le respect des motifs légitimes et impérieux qui prévalent pour le traitement. Le droit à l'effacement des données de santé suppose le retrait du consentement pour le traitement des données de santé. Bien que la personne concernée puisse retirer ce consentement à tout moment, un tel retrait a pour conséquence que le traitement des données de santé ne peut plus être poursuivi, ce qui peut avoir des conséquences sur le contrat souscrit;
- le droit de s'opposer au traitement des données à caractère personnel lorsque celui-ci est basé sur l'intérêt légitime du responsable de traitement et pour autant, qu'il n'existe pas de motif légitime impérieux qui prévalent pour le traitement. Toutefois, la personne concernée peut s'opposer au traitement de ses données personnelles à des fins de profilage à tout moment et sans justification dans la mesure où il n'y a pas de raison légitime justifiant le traitement.

La personne concernée peut exercer les droits susmentionnés de manière gratuite en principe, en envoyant une demande datée et signée ainsi qu'une preuve d'identité au DPO. La question de savoir si vous pouvez ou non exercer vos droits dépend de la finalité du traitement et de la base juridique du traitement.

Vous avez une plainte concernant la manière dont NN gère vos données à caractère personnel ? Dans ce cas, contactez notre équipe Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou via l'adresse plaintes@nn.be.

Vous pouvez aussi introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données (contact@apd-gba.be ou via le site web (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/agir/contact>)).

Vous pouvez consulter la déclaration de vie privée complète via l'adresse suivante : <https://www.nn.be/fr/declaration-de-confidentialite>.

Ces informations sont basées sur le Règlement Général sur la Protection des données du 27 avril 2016, en vigueur depuis le 25 mai 2018.

7. Liste des principales notions utilisées dans les présentes conditions générales

Incapacité de travail :

La diminution ou la perte des revenus professionnels consécutive à une cause assurée au cours de la période de couverture, dans le respect des conditions générales et particulières de la présente convention.

Délai de carence :

La durée de votre *incapacité de travail*, telle que décrite dans les conditions particulières, durant laquelle vous ne recevez aucune prestation. Le *délai de carence* prend cours à la date de début de votre *incapacité de travail*.

Organisateur :

L'employeur désigné dans les conditions particulières.

Accident :

Un événement soudain au cours duquel vous subissez une lésion corporelle indépendamment de votre volonté.

Nous ne considérons pas les événements suivants comme des *accidents* :

- le suicide ;
- l'accouchement ;
- la *maladie*, quelle qu'en soit la cause, et les lésions corporelles causées directement ou indirectement par la *maladie* ;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un *accident* ;
- les affections psychiques ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements qui ne sont pas la conséquence d'un *accident* (à l'exception de la septicémie).

Maladie :

Une *maladie* est :

- une détérioration de l'état de santé ;
- établie par un diagnostic médical ;
- qui n'a pas été causée par un *accident* ;
- et qui présente des symptômes objectifs.

Le congé de maternité légal limité à un maximum de 15 semaines est assimilé à une période d'*incapacité de travail* découlant d'une *maladie*.

Une grossesse pathologique est une complication d'une grossesse due à une *maladie* ou une anomalie. Le médecin atteste que vous devez cesser de travailler. Nous considérons une grossesse pathologique comme une *maladie*. Exception : si vous êtes déjà enceinte au moment de votre adhésion, nous considérons cela comme une antériorité et vous n'êtes pas couverte pour cette grossesse.

Affections préexistantes :

Les *maladies, accidents, grossesses* et accouchements survenus avant la date d'adhésion ou dont la cause(s) existait avant cette date et/ou les premiers symptômes survenus avant cette date.