



**ASSOCIATION INTERNATIONALE
DES ANCIENS DES COMMUNAUTÉS
EUROPÉENNES ASBL**

Police Collective Individuelle Accident n° 719.757.143

IGO Health Benefits

1. Conditions Générales (C.G.)

Article 1 – Risques garantis

Aux conditions générales (C.G.) et particulières (C.P.) qui suivent, la police couvre tous les accidents pouvant survenir aux assurés dans le monde entier au cours de leur vie privée.

Sous réserve de l'article 2, est considéré comme accident tout évènement soudain ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieur à l'organisme de la victime.

Sont également considérés comme accident:

- l'empoisonnement, y compris l'empoisonnement alimentaire;
- les suites de morsures d'animaux ou piqûres d'insectes;
- les distorsions, déchirures, ruptures musculaires et tendineuses résultant d'un effort;
- l'incident thérapeutique suite à une faute commise par l'équipe médicale;
- la disparition inexplicée de l'assuré si, à l'expiration d'un délai d'un an et après examen des circonstances de la disparition, l'assuré est présumé décédé à moins qu'il ne puisse être présumé que le décès n'a pas d'origine accidentelle.

Article 2 – Risques exclus

- a) Les maladies (y comprises les maladies professionnelles) ne peuvent pas être considérées comme accidents, ni en soi, ni dans leurs conséquences.
- b) Le suicide ou la tentative de suicide.
- c) Les accidents résultant d'une guerre ou de faits de même nature.

d) Les accidents résultant:

- de la participation volontaire à des rixes;
- d'actes notoirement téméraires;
- de l'ivresse ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, sauf erreur;
- de la pratique:
 - § des sports motorisés en compétition ou entraînement;
 - § des sports aéronautiques ou aériens suivants: le parachutisme, le vol à voile, l'ULM, la montgolfière, le delta-plane, le parapente et le benji;
 - § des sport de combat et de défense, à l'exception des sports suivants: judo, aikido, taï chi chuan et l'escrime;
- de l'escalade de parois ou d'aiguilles rocheuses ou de sommets de montagne hors des voies frayées, sauf état de nécessité;
- de la navigation de plaisance, sauf endéans les cinq milles marins des côtes, ou sauf si le bateau et son équipage possèdent les homologations de naviguer au large.

e) Aucune prestation n'est due à celui des ayants droit qui a provoqué intentionnellement le décès de l'assuré.

f) Les dommages résultant de l'usage d'explosifs ou d'énergie nucléaire tombant sous l'application de la Convention de Paris ratifiée par l'Etat belge le 3 août 1966, ainsi que des Conventions complémentaires intervenues postérieurement à ladite date.

Article 3 – Age limite d'affiliation

Les personnes qui n'ont pas introduit une déclaration d'affiliation avant le jour de leur 80ème anniversaire ne peuvent plus être assurées.

Article 4 – Prestations

Les prestations prévues à la police sont dues aux conditions ci-après:

a) en cas de décès

En cas de décès, le capital assuré est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'assuré ou, à défaut d'une telle désignation, aux personnes désignées ci-après:

- le conjoint et les descendants directs de l'assuré, conformément aux dispositions du droit de succession applicable à l'assuré; le montant à verser au conjoint ne peut toutefois être inférieur à 25% du capital;
- à défaut de personnes de la catégorie visée ci-dessus, les ascendants, conformément aux dispositions du code des droits de succession applicables à l'assuré;
- à défaut des personnes des deux catégories visées ci-dessus, les héritiers légaux en rang utile, conformément aux dispositions de la loi applicable à la succession de l'assuré.

Les sommes éventuellement déjà payées à l'assuré du chef du même accident pour incapacité permanente viennent en déduction de ce capital.

b) en cas d'invalidité permanente

L'invalidité permanente totale ou partielle est mesurée par l'atteinte à l'intégrité physico-psychique (AIPP) telle que fixée par le barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique (dans la dernière édition publiée au moment de la consolidation) sans que celle-ci ne puisse dépasser les 100%.

Il est payé à l'assuré, selon ce barème européen et ses modalités pratiques d'utilisation, tout ou partie du capital prévu. Les indemnités dues pour les cas de décès et d'incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

La lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'accident.

L'évaluation des lésions de membres ou organes sains lésés par l'accident doit être effectuée en tenant compte de l'état d'infirmité d'autres membres ou organes que l'accident n'a pas atteints pour autant que ces membres ou organes fonctionnent en synergie avec ceux lésés par l'accident. Dans ce cas, l'indemnité porte sur la perte totale ou partielle de la fonction. L'indemnisation de la perte partielle de la fonction est déterminée conformément à la formule de Gabrielli*.

Modalités pratiques d'utilisation du barème européen d'évaluation des invalidités permanentes

Principes

Le médecin évaluateur quantifie les invalidités, atteintes à l'intégrité physique et/ou psychique médicalement constatables donc mesurables, en se référant à la dernière édition du barème européen publié au moment de la consolidation.

Certains types de séquelles (par exemple ophtalmologiques, ORL, stomatologiques, etc.) nécessitent le recours à un spécialiste du domaine considéré. Le médecin évaluateur doit trouver dans le rapport de son expert consulté toutes les données techniques et tous les éléments de réflexion qui lui permettront de se prononcer sur l'imputabilité et sur la qualification des séquelles.

Quelle que soit la fonction envisagée (marche, audition, vision, etc.), dès qu'une prothèse, une orthèse ou une aide technique fournie au patient améliore les troubles fonctionnels présentés, l'évaluation de ces derniers s'effectue compte tenu du bénéfice apporté.

Le médecin évaluateur mentionnera explicitement, lors de son examen de consolidation, la liste des frais médicaux pouvant encore être pris en charge postérieurement à la date de consolidation.

* $i = (V1 - V2) / 1 * 100$
i = invalidité à accorder pour l'accident tenant compte de l'état d'infirmité de l'organe synergique que l'accident n'a pas atteint
V1 = validité restante avant l'accident
V2 = validité restante après l'accident

Définitions

Pour l'application du barème européen, l'invalidité permanente est définie comme suit:

la réduction définitive du potentiel physique et/ou psychique médicalement constatable ou médicalement explicable, à laquelle s'ajoutent les douleurs et les répercussions psychiques que le médecin sait normalement liées à la séquelle ainsi que les conséquences dans la vie de tous les jours habituellement et objectivement liées à cette séquelle.

Le taux d'invalidité est:

l'ordre de grandeur, rapporté à un maximum théorique de 100%, de la difficulté que ressent tout sujet dont les séquelles sont ainsi quantifiées à effectuer les gestes et actes habituels de la vie quotidienne.

Généralités

Les taux proposés par le barème se rapportent à l'individu dans sa globalité. Un taux ne quantifie donc pas un déficit d'une fonction ou d'un organe par rapport à l'intégrité, cotée 0%, de cette fonction ou de cet organe.

Les taux concernent des séquelles considérées isolément.

La perte fonctionnelle totale est assimilée à la perte anatomique du membre ou de l'organe considéré. Les situations non décrites s'évaluent par comparaison et analogie à des situations séquellaires décrites et quantifiées.

Caractère impératif du barème

Le barème européen est d'application impérative. Il est contraignant s'il fixe un taux prédéterminé; s'il prévoit une fourchette de taux, l'expert est tenu au taux minimum et au taux maximum.

Les séquelles anatomiques et/ou fonctionnelles partielles doivent être évaluées en fonction du déficit observé, en tenant compte du taux barémique de la perte totale dans les cas où le barème ne fixe pas de taux précis.

Sont également d'application impérative les modalités d'utilisation décrites pour certains chapitres du barème (par exemple pour calculer la synergie des doigts d'une même main).

Pour un gaucher, les taux relatifs au membre supérieur droit sont appliqués au membre gauche, et inversement.

Les séquelles multiples

En cas de séquelles multiples dépendant du même accident, le calcul du taux global s'obtient par addition simple,

- sans pouvoir dépasser le taux de la perte totale du membre ou de l'organe en cas de lésions multiples de ce membre ou de cet organe;
- sans pouvoir dépasser 100% .

En cas de séquelles successives et synergétiques, la règle de Gabrielli est d'application (cf. supra).

Etat antérieur

L'état antérieur est défini comme un état avéré ayant eu, avant l'accident considéré, une traduction clinique et ayant été perceptible dans la vie quotidienne du sujet.

Etat antérieur ou de prédisposition

L'état antérieur latent, sans traduction clinique perceptible ni répercussion sur la vie quotidienne du sujet, est assimilé à la prédisposition pathologique ou réceptivité.

c) Frais médicaux

Les frais relatifs aux traitements médicaux dus à l'accident sont pris en charge par les assureurs conformément aux dispositions figurant aux Conditions Particulières (C.P.).

2. Condition Particuliers (C.P.)

Article 1 – Annulation des conditions générales par les conditions particulières

Les C.G. seront abrogées par les C.P. dans la mesure où elles sont contraires à ces dernières.

Article 2 – Description du risque

- a) La présente police est souscrite par: l'Association Internationale des Anciens des Communautés Européennes, Association Internationale dénommée « le souscripteur » en faveur des personnes désignées à l'article 3 des C.P., dénommées « les assurés ».
- b) Les assureurs déclarent connaître suffisamment le risque et dispensent le souscripteur de plus amples renseignements à cet égard.
- c) S'il se produit des changements essentiels dans la nature de la profession des personnes assurées ou si elles se livrent à des occupations non comprises dans l'assurance, déclaration devra en être faite par les assurés aux assureurs.

Article 3 – Personnes assurées

Les personnes suivantes disposent de la faculté d'être assurées aux conditions de la présente police:

- a) Toute personne ayant exercé, à titre principal, une activité dans une des Institutions ou Organes de l'Union européenne et bénéficiant à ce titre d'une indemnité ou d'une pension.
- b) Les conjoints de personnes visées à l'article 3 a) des C.P., tenant compte des conditions suivantes:
 - la personne visée à l'article 3 a) des C.P. doit avoir elle-même souscrit l'assurance afin que son conjoint puisse être affilié également;
 - le conjoint doit s'assurer selon la même formule de capitaux assurés (art. 6) que la personne visée à l'article 3 a) des C.P., sauf dans le cas où le dernier paragraphe de l'article 4 des C.P. est d'application;
 - le conjoint doit être couvert par le RCAM ou un Régime National de Sécurité Sociale.
- c) Les conjoints survivants de fonctionnaires et les conjoints survivants de personnes visées à l'article 3 a) des C.P., bénéficiant à ce titre d'une pension.

Les personnes visées à l'article 3 a) peuvent rester assurées pendant l'intervalle de temps entre d'une part la fin de la période pendant laquelle elles ont touché une indemnité de volontariat et d'autre part le début de leur pension. Les montants de la prime et des garanties seront alors calculés sur base de l'indemnité de volontariat perçue par la personne assurée pendant la période des douze mois précédant immédiatement la fin du volontariat.

Article 4 – Début et fin de couverture

Sont assurées les personnes mentionnées dans l'article 3 qui ont été déclarées aux assureurs par l'intermédiaire de Cigna et ce à partir du lendemain à 0 heure de ladite déclaration.

Lorsque la déclaration est faite dans la première quinzaine du mois, la prime est due à partir du 1^{er} de ce mois. Lorsque la déclaration est faite dans la seconde quinzaine du mois, la prime n'est due qu'à partir du 1^{er} du mois qui suit. Les prestations prévues par la présente police sont garanties aux assurés sans limite d'âge.

Elles cessent d'être acquises aux assurés qui le souhaitent à condition que déclaration en soit faite aux assureurs, par l'intermédiaire de Cigna, étant entendu que le retrait a lieu à partir du 1^{er} du mois qui suit la demande de cessation.

A partir du 75^{ème} anniversaire la couverture se limite aux prestations garanties selon la formule A. Si la personne visée à l'article 3a) des C.P. et la personne visée à l'article 3 b) des C.P. Sont assurées, la couverture se limite aux prestations garanties selon la formule A pour les deux assurés à partir du 75^{ème} anniversaire de la personne visée à l'article 3 a) des C.P. dans le cas où cette dernière est plus âgée que la personne visée à l'article 3 b) des C.P.

Si toutefois la personne visée à l'article 3 b) des C.P. est plus âgée que la personne visée à l'article 3 a) des C.P., la couverture se limite aux prestations garanties selon la formule A pour la personne visée à l'article 3 b) des C.P. au moment du 75^{ème} anniversaire de cette dernière. Par contre la personne visée à l'article 3 a) des C.P. peut rester assurée pour une autre formule jusqu'à son 75^{ème} anniversaire.

Article 5 – Mode d’affiliation à l’assurance

Afin d’être assuré, l’intéressé est tenu d’introduire auprès des assureurs par l’intermédiaire de Cigna une déclaration d’affiliation qui comprendra les informations suivantes:

- La date de la déclaration;
- L’identité de l’assuré;
- La date de naissance de l’assuré;
- Sa qualité (indiquer si on s’affilie sur base de l’article 3 a), 3 b) ou 3 c) des C.P.);
- La formule de capitaux assurés choisie entre les possibilités offertes par l’article 6 des C.P.;
- Le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès.

L’assuré peut opter au cours de l’assurance pour une des autres formules de capitaux assurés mentionnés dans l’article 6 des C.P.

A cette fin l’assuré introduit une nouvelle déclaration d’affiliation et indique la nouvelle formule choisie, la nouvelle couverture ne pouvant toutefois prendre effet qu’au début de la prochaine année d’assurance de la police qui est fixé au premier juillet de chaque année.

Article 6 – Garanties

Lors de sa déclaration d’affiliation visée à l’article 5 des C.P. l’assuré a le choix entre trois formules de capitaux assurés:

Formule A

- Capital “décès égal à 2,3 fois l’indemnité ou la pension annuelle de l’assuré;
- Capital “invalidité” égal à 4 fois l’indemnité ou la pension annuelle de l’assuré.

Formule B

- Capital “décès égal à 3,5 fois l’indemnité ou la pension annuelle de l’assuré;
- Capital “invalidité” égal à 6 fois l’indemnité ou la pension annuelle de l’assuré.

Formule C

- Capital "décès égal à 5 fois l'indemnité ou la pension annuelle de l'assuré;
- Capital "invalidité" égal à 8 fois l'indemnité ou la pension annuelle de l'assuré.

Selon la formule souscrite par l'assuré, les prestations garanties par la présente police sont les suivantes:

a) En cas de décès

Paieement d'un capital égal à 2,3 fois, 3,5 fois ou 5 fois l'indemnité ou la pension annuelle de l'assuré.

b) En cas d'invalidité permanente totale

Paieement d'un capital égal à 4 fois, 6 fois ou 8 fois l'indemnité ou la pension annuelle de l'assuré.

c) En cas d'invalidité permanente partielle

Paieement d'un capital égal à 4 fois, 6 fois ou 8 fois l'indemnité ou pension annuelle de l'assuré multiplié par le pourcentage de l'invalidité permanente attribuée en application du barème repris à l'art. 4 b des C.G.

d) Indemnité complémentaire

Sur avis du médecin-conseil indépendant ou des conclusions de la commission médicale visée à l'article 15 des C.P., une indemnité complémentaire à l'invalidité permanente partielle est accordée à l'assuré pour le préjudice esthétique, le préjudice sexuel (hormis la reproduction), les douleurs exceptionnelles non objectivées mais médicalement plausibles, l'atteinte aux activités de loisirs spécifiques à l'assuré

Cette indemnité est déterminée en fonction de la grille d'évaluation des préjudices particuliers figurant dans le tableau ci-dessous:

Echelle qualitative	Très léger	Léger	Modéré	Moyen	Assez important	Important	Très important
Echelle chiffrée	1	2	3	4	5	6	7
Taux pour l'indemnité complémentaire	0,5%	1%	1,5%	2%	2,5%	4%	7%

Les invalidités permanentes inférieures ou égales à 5% ne donnent pas droit au paiement d'un capital pour ceux qui ont opté pour la formule avec une franchise de 5%. Si pour ces cas, l'invalidité permanente est supérieure à 5%, le capital est déterminé conformément au tableau suivant:

Degré d'invalidité	Prestations
De 0 à 5%	Néant
6%	1,5%
7%	3,0%
8%	4,5%
9%	6,0%
10%	7,5%
11%	9,0%
12%	10,5%
13%	12,0%
14%	13,5%
15%, 16%, 17%, etc.	15%, 16%, 17%, etc.
Jusque 100%	Jusque 100%

Pour ceux qui ont opté pour la formule sans franchise, le capital est déterminé conformément au pourcentage d'invalidité.

Dans le cas où le degré d'invalidité est représenté par un nombre décimal, le pourcentage des prestations correspondant s'établit proportionnellement.

- e) Pour le calcul des prestations visées aux points a, b, c, du présent article, sera prise en considération l'indemnité ou la pension de base des douze mois précédant immédiatement l'accident et sur laquelle la cotisation a été payée. Pour les personnes assurées depuis moins d'un an, il sera procédé par extrapolation pour compléter les douze mois. Pour les assurés visés à l'article 3 b) des C.P., l'indemnité ou la pension de base de l'assuré visé à l'article 3 a) des C.P. est prise en considération.

f) Frais médicaux

Paiement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, chirurgicaux, de prothèse (sans amortissement pour cause de vétusté), de radiographie, de kinésithérapie, d'orthopédie, de clinique et de transport ainsi que tous les frais similaires nécessités par l'accident.

Toutefois si le médecin-conseil indépendant considère certains frais comme anormalement élevés ou dépourvus d'utilité, il peut les réduire à un montant jugé raisonnable ou, le cas échéant, refuser le remboursement.

Il est toutefois entendu que la présente garantie ne jouera qu'après épuisement des indemnités que l'assuré recevrait du Régime Commun d'Assurance Maladie des Communautés Européennes et/ou d'un Régime National de Sécurité Sociale.

Etant donné que l'assurance de ces frais est une Assurance de biens, et à la suite des dispositions légales d'ordre public à ce sujet, les assureurs ne seront tenus de rembourser ces frais que si aucune autre Assurance ne les rembourse.

Article 7 – Primes

- a) la prime est exprimée sous la forme d'un pourcentage des indemnités ou des pensions de base annuelles. La prime pour l'assurance du conjoint visé à l'article 3 b) des C.P. est calculée sur l'indemnité ou la pension de base de la personne visée à l'article 3 a) des C.P.

Les taux de prime sont les suivants:

1. Formule SANS franchise

Formule de capitaux assurés (article 6 des C.P.)	Assurés sur base de	
	l'article 3 a) et 3 b)	l'article 3c)
Formule A	0,55%	0,61%
Formule B	0,80%	0,87%
Formule C	1,06%	1,17%

En supplément de la prime mensuelle ainsi calculée un montant égal à 9,25% de celle-ci est dû à titre d'impôts.

2. Formule AVEC franchise de 5%

Formule de capitaux assurés (article 6 des C.P.)	Assurés sur base de	
	l'article 3 a) et 3 b)	l'article 3c)
Formule A	0,47%	0,52%
Formule B	0,68%	0,75%
Formule C	0,91%	1,01%

En supplément de la prime mensuelle ainsi calculée un montant égal à 9,25% de celle-ci est dû à titre d'impôts et de frais.

- b) Les assureurs perçoivent la prime chaque mois à terme échu. Chaque versement collectif de prime est accompagné d'une liste énumérant les personnes assurées, leur numéro matricule et le montant de la prime prélevée.

Article 8 – Règlement des indemnités

En cas d'invalidité permanente l'indemnité est payable à l'assuré. En cas de décès le capital est payable aux bénéficiaires dans l'ordre indiqué à l'article 4 des C.G. La signature d'une quittance donne décharge complète aux assureurs à l'égard du signataire.

Article 9 – Dispense de faire certaines déclarations

- a) Dispense de déclarer les autres assurances « individuelles »

Les assurés sont dispensés de déclarer aux assureurs les autres assurances souscrites par eux-mêmes.

- b) Dispense de déclarer les infirmités et maladies

L'assuré est dispensé de déclarer aux assureurs les infirmités ou maladies dont il serait ou pourrait être atteint par la suite. Il est et restera assuré de plein droit par la présente police. Il est entendu toutefois que si une maladie, une infirmité ou un état maladif vient provoquer un accident ou en aggraver les conséquences, les assureurs ne seront tenus à indemnisation que pour les conséquences que l'accident aurait probablement eues sans l'intervention de la maladie, de l'infirmité ou de l'état maladif.

- c) Dispense de déclarer les accidents bénins

L'assuré est dispensé de fournir aux assureurs le dossier médical de première constatation pour les accidents qu'il estime bénins. Dans ce cas les garanties se limitent au remboursement des frais médicaux (cf. article 6, f des C.P.). Il est entendu qu'aucune déchéance ne pourra lui être opposée en cas d'aggravation ultérieure. Le dossier médical sera alors constitué et évalué par un médecin-conseil indépendant, qui lorsqu'il l'estime opportun convoquera l'assuré pour un examen médical. Ainsi il est toujours dans l'intérêt de l'assuré d'informer les assureurs, dès que possible, de toute aggravation des conséquences qui s'avèrent plus sérieuses qu'initialement évaluées.

Article 10 – Erreurs et délais

a) Erreurs, omission, inexactitudes

Toute déclaration inexacte, toute réticence, erreur ou omission de la part du souscripteur et/ou de l'assuré ne pourra entraîner la déchéance si elle a été commise en bonne foi. Pour ce qui concerne les déclarations des indemnités ou pensions, elles donneront lieu au simple ajustement de la prime avec les montants effectifs, sauf en cas de mauvaise foi.

b) Retard ou omission d'une formalité

Lorsque l'omission d'un acte à accomplir dans un délai déterminé doit entraîner la déchéance, celle-ci ne sera pas encourue s'il est établi que le retard provient d'un cas de force majeure et que l'omission a été réparée aussitôt que possible.

Article 11 – Prescription

Le délai de prescription est de 3 ans.

a) Son point de départ, distinct pour chaque créance portant sur le remboursement des diverses prestations successivement servies à l'assuré ou à ses ayants droit, est fixé à la date d'introduction de chaque demande précisée dans son montant et médicalement justifiée, formée par l'assuré ou ses ayants droit aux fins de liquidation des droits pécuniaires concernés par cette demande.

b) Lorsque l'accident laisse subsister une invalidité permanente, la fourniture de la part de l'assuré ou de ses ayants droit du rapport du médecin traitant relatif au taux d'invalidité permanente constaté par ce dernier vaut demande au sens du paragraphe précédent.

c) Dans les cas où postérieurement à une liquidation des droits pécuniaires de l'assuré, sur base d'un taux d'invalidité permanente partielle correspondant à la réalité médicale de l'époque, surviendrait une aggravation du taux initial, qui serait elle-même en rapport de causalité avec l'événement ayant donné lieu à l'invalidité permanente partielle initiale, un nouveau délai de prescription commencerait à courir à compter soit de la nouvelle demande au sens de l'article 11 a) des C.P., soit de la fourniture de la nouvelle attestation médicale au sens de l'article 11 b) des C.P. Toutefois, les assureurs ne prennent pas en considération la demande d'indemnisation d'aggravation du taux d'invalidité permanente partielle initial qui serait introduite au-delà d'une période de 3 ans ayant pris cours à la date de la précédente décision constatant la guérison ou fixant le taux initial d'invalidité permanente partielle à la suite de la première consolidation des lésions.

Article 12 – Subrogation

Les assureurs sont subrogés dans tous les droits de recours de l'assuré qu'il détiendrait contre le tiers responsable du dommage. Ils sont également subrogés dans les droits et actions dont pourrait bénéficier l'assuré en l'application de l'article 29bis de la loi belge relative à l'assurance obligatoire en matière de véhicules automoteurs.

Article 13 – Obligations en cas d'accident

Sauf en cas de force majeure, l'assuré devra faire déclaration d'un accident dont il a été victime auprès de Cigna dans les quinze jours ouvrables qui suivent la date à laquelle a lieu l'accident.

Cette déclaration indiquera de façon détaillée le lieu, le jour et l'heure, les causes et les circonstances de l'accident, ainsi que le nom des témoins éventuels.

Un certificat médical y sera joint, sauf si la déclaration se limite à la garantie 'frais médicaux' en cas d'accident considéré bénin (cf. article 9 c des C.P.).

Passé le délai de trente jours, toute indemnité cesse d'être due.

Les dispositions ci-dessus relatives aux délais de quinze et de trente jours mentionnés ci-dessus seront appliquées sous réserve de dispositions des articles 9 et 10 b des C.P.

En cas d'accident, l'assuré ou ses ayants droit devront recourir immédiatement et à leurs frais aux soins d'un médecin et toutes les mesures utiles au rétablissement de l'assuré devront être prises; aucune aggravation due à un retard dans le traitement médical ou à l'inobservation des prescriptions des médecins en cours de traitement n'incombera aux assureurs.

L'assuré est tenu de se soumettre, sous peine de déchéance, à l'examen par un médecin-conseil indépendant au cas où les assureurs identifient un risque d'invalidité permanente à la suite de l'accident déclaré. L'assuré s'oblige dans ce cas à fournir à Cigna, aux frais et à la demande des assureurs, un rapport des médecins traitants qu'il autorise à donner au médecin-conseil indépendant, contenant tous les renseignements qu'ils leur demandent, tant sur les blessures que sur les maladies ou infirmités actuelles ou antérieures.

L'assuré ou les ayants droit sont tenus d'apporter les éléments de preuve ou les présomptions permettant d'établir raisonnablement que la mort, l'infirmité ou l'incapacité temporaire est le résultat direct et exclusif d'un accident garanti par la présente police.

En cas de décès, les assureurs sont autorisés à faire pratiquer l'autopsie, lorsque les éléments de preuve ou les présomptions dont on dispose, ne permettront pas d'établir raisonnablement la cause de ce décès.

Les déclarations sciemment fausses, de la part de l'assuré ou de ses ayants droit, au sujet de l'accident ou de ses suites, autorisent les assureurs à refuser tout paiement d'indemnité.

Article 14 – Règlement des prestations en cas d'invalidité permanente

La fixation du taux d'invalidité permanente intervient après la consolidation des lésions de l'assuré. A cet effet l'assuré est tenu de transmettre un rapport médical constatant la consolidation de son état en y indiquant la nature des lésions.

Sur base dudit rapport médical, un médecin-conseil indépendant est chargé d'un examen de l'assuré. Les assureurs envoient par l'intermédiaire de Cigna la proposition de règlement à l'assuré ou le cas échéant à ses ayants droit, accompagnée du rapport médecin-conseil indépendant, ceci dans les délais suivants:

- 1) Les assureurs font de leur mieux pour transmettre la proposition de règlement dans le délai maximum d'un mois à partir de la date de l'examen par leur médecin, examen qui doit intervenir sans retard non justifiable.
- 2) Lorsque, à l'expiration dudit délai, les assureurs ne sont pas en mesure de transmettre la proposition de règlement, ils en communiquent la raison à l'assuré ou ses ayants droit par l'intermédiaire de Cigna (p.ex. attente des résultats des informations complémentaires demandées par le médecin-conseil indépendant à d'autres médecins spécialistes, attente du procès-verbal à établir par des instances judiciaires demandé par les assureurs, etc.) et le délai est renouvelé d'un mois.
- 3) Lorsque les assureurs constatent qu'ils ne seront pas en mesure de transmettre la proposition de règlement avant l'expiration du délai renouvelé, ils proposent à Cigna l'ouverture d'une procédure de concertation afin de déterminer les modalités de la poursuite de la gestion et le nouveau délai à respecter ; celui-ci ne saurait excéder 2 mois. Cigna s'engage à tenir au courant l'assuré ou ses ayants droit de toute évolution de son dossier.

Le capital assuré est payé dès réception par Cigna de la proposition de règlement contresignée par l'assuré, conformément aux instructions données à cet égard par ce dernier.

En cas de désaccord de l'assuré ou le cas échéant de ses ayants droit avec la proposition de règlement, ce désaccord doit être notifié aux assureurs auprès de Cigna.

Article 15 – Procédures ouvertes en cas de désaccord sur le plan médical avec la position des assureurs

En cas de désaccord avec la position des assureurs sur des questions d'ordre médical, chaque partie peut notamment choisir parmi l'une des trois procédures suivantes:

1. Commission médicale

- Chaque partie peut demander la constitution d'une commission médicale, qui s'exprimera dans un délai de soixante jours à compter de la date de la désignation du troisième médecin.

Cette commission médicale est composée de trois médecins:

- 1) le premier médecin désigné par l'assuré ou ses ayants droit;
- 2) le deuxième médecin désigné par les assureurs;
- 3) le troisième médecin désigné d'un commun accord par les deux premiers médecins.

A défaut d'accord sur la désignation du troisième médecin, dans un délai de deux mois à compter de la désignation du premier médecin, le troisième médecin est commis d'office par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes, à l'initiative d'une des parties.

Au terme de ses travaux, la commission médicale, – sur base de l'ensemble des documents, rapports et attestations présentés par les assureurs et l'assuré ou le cas échéant par ses ayants droit –, consigne ses conclusions au sujet du degré d'invalidité causé à l'assuré dans un rapport qui est adressé aux assureurs, à Cigna et à l'assuré ou ses ayants droit.

Sur base de ces conclusions, les assureurs établissent une proposition de règlement qu'ils transmettent à l'assuré ou ses ayants droit.

- Les frais de travaux de la commission médicale sont supportés par:
 - a) les assureurs, si les conclusions de la commission médicale ne sont pas conformes à la proposition de règlement des assureurs, notifiée conformément aux dispositions de l'article 14 ci-avant;
 - b) les assureurs et l'assuré lorsque les conclusions de la commission médicale sont conformes à la proposition de règlement des assureurs notifiée conformément aux dispositions de l'article 14 ci-avant.

Les frais sont alors répartis de telle sorte que l'assuré supporte les honoraires et frais accessoires du médecin qu'il a choisi et la moitié des honoraires et frais accessoires du troisième médecin, le solde étant à la charge des assureurs. Les frais de transport éventuels en première classe chemin de fer ou en classe économique avion sont remboursés par les assureurs.

2. Avis d'un médecin expert unique

- Chaque partie peut demander la consultation d'un médecin expert unique, dans un délai de trente jours à partir de la date de proposition de règlement. Ce médecin expert unique est désigné d'un commun accord par le médecin désigné par les assureurs et par celui désigné par l'assuré.

A défaut d'accord sur la désignation du médecin expert unique dans un délai de deux mois à compter de la demande, le médecin expert unique est commis d'office par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes à l'initiative d'une des parties.

L'avis émis par le médecin expert unique sur base des documents, rapports et attestations présentés par les assureurs et par l'assuré est adressé aux assureurs, à Cigna et à l'assuré ou ses ayants droit.

Sur base de cet avis, les assureurs établissent une proposition de règlement qu'ils transmettent à l'assuré ou ses ayants droit.

Si l'expert unique l'estime nécessaire, il peut examiner l'assuré avant d'établir son avis.

- Lorsque l'avis du médecin expert unique est conforme à la proposition de règlement des assureurs, l'assuré ou ses ayants droit supporte les honoraires et frais accessoires entraînés par cette consultation. Dans le cas contraire ces frais sont supportés par les assureurs.

3. Tribunaux

Chaque partie peut saisir les tribunaux. Seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents.

Article 16 – Procédures ouvertes en cas de différend juridique

Les différends d'ordre juridique – comme par exemple en cas de désaccord avec la position des assureurs concernant la reconnaissance de l'origine accidentelle d'un événement –, seront soumis aux tribunaux. Seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents.

Cependant, s'il le préfère, l'assuré garde la possibilité de recourir à l'arbitrage.

Les dispositions de la sixième partie, l'arbitrage, de Code Judiciaire belge seront applicables.

La procédure arbitrale nécessite l'établissement d'une convention d'arbitrage entre l'assuré ou ses ayants droit et les assureurs.

La clause de l'amiable composition est exclue.

Le tribunal arbitral sera composé d'un ou de trois arbitres. Si les parties à la convention d'arbitrage ne sont pas convenues sur la personne de l'arbitre unique, chacune d'elles désignera un arbitre et les deux arbitres ainsi désignés procéderont à la nomination d'un arbitre supplémentaire qui présidera le tribunal arbitral.

Faute par une partie de désigner son arbitre dans un mois à compter de la réquisition qui lui en sera faite par l'autre, par lettre recommandée à la poste, ou faute par les deux premiers arbitres de s'accorder sur le choix d'un troisième, la désignation sera faite par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes, sur requête de la partie la plus diligente.

Le tribunal arbitral rend la sentence à la majorité absolue des voix dans un délai de trois mois à compter de l'acceptation de sa mission par l'arbitre unique ou par le président du tribunal.

Le tribunal arbitral statuera également sur les frais et honoraires de son intervention. Au cas où une majorité des voix ne peut se former, la voix du président sera prépondérante.

Article 17 – Paiements à opérer par les assureurs

Le paiement des sommes dues à l'assuré ou à ses ayants droit doit être opéré par les assureurs sans retard non justifiable, à compter de la date de réception par Cigna de la proposition de règlement visée, selon le cas à l'article 14 ou à l'article 15 des C.P., contresignée par l'assuré ou par ses ayants droit.

Lorsque le taux d'invalidité permanente partielle tel que fixé à la proposition de règlement contestée, est égal ou supérieur à 20%, les assureurs procèdent au paiement du capital résultant de l'application du taux d'invalidité figurant à la proposition de règlement initiale.

Si par contre le taux de l'invalidité permanente partielle est inférieur à 20%, le paiement du capital est suspendu jusqu'à l'achèvement des procédures prévues à l'article 15 des C.P.

Article 18 – Avance sur le capital invalidité

Lorsque, après cessation du traitement médical, le degré d'invalidité permanente ne peut pas encore être fixé définitivement, les conclusions médecin-conseil indépendant visé à l'article 14 des C.P. ou, le cas échéant, les conclusions de la commission médicale prévue à l'article 15 doivent préciser la date à laquelle l'assuré doit être réexaminé au plus tard.

Si le degré d'invalidité permanente est réputé s'élever à 20% au moins, une indemnité provisionnelle correspondant à cette fraction non litigieuse du taux d'invalidité permanente sera offerte à l'assuré. Cette indemnité est imputée sur les prestations définitives.

Article 19 – Aggravation sur le plan médical

Dans le délai prévu à l'article 11 des C.P. l'assuré peut introduire une demande de reconnaissance de l'aggravation des lésions ou de l'invalidité permanente, accompagnée par un rapport du médecin traitant.

Cette aggravation sera prise en charge si l'existence en est reconnue par le médecin-conseil indépendant ou, le cas échéant, par les médecins réunis dans la commission médicale soit par les tribunaux.

Article 20 – Durée et résiliation

La présente police, remplaçant la police « Individuelle Collective » conclue par le souscripteur au 01.07.1983 (portant le même numéro de police), prend effet le 01.07.2013 pour une période de 24 mois.

Par après, elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

La présente police est résiliable par lettre recommandée remise à la poste six mois au moins avant la date d'échéance. La police peut être résiliée valablement par le souscripteur à Cigna.

Article 21 – Procurations

Les assureurs donnent procuration à la Cigna, intermédiaire désigné, pour percevoir toutes primes mensuelles ou proratas.

En ce qui concerne la gestion et le règlement des sinistres il est expressément convenu que celui-ci sera effectué à l'intervention de Cigna, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen (Belgique).

La présente police d'assurance, établie en trois exemplaires, est signée pour acceptation par les mandataires de l'Association Internationale des Anciens des Communautés européennes, et des assureurs.

Cigna

Plantin en Moretuslei 299
2140 Antwerpen - Belgium
www.eurprivileges.com

