Couverture collective des accidents personnels

POLICE PRINCIPALE

Belgique - Irlande

Note d’information

Table des matières

Couverture collective des accidents personnels 1
A. INTRODUCTION 3
B. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ 4
C. CE QUI EST COUVERT 4
D. CE QUI N'EST PAS COUVERT 11
E. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 12
F. DÉFINITIONS 19

A. INTRODUCTION

En contrepartie de la prime que le ***Preneur d'assurance*** et/ou ***ses Sociétés affiliées Nous*** paye(nt), ***Nous*** fournirons la couverture définie dans la présente ***Note d'information*** au ***Preneur d'assurance*** **pour** chaque ***Personne assurée***. Par l'intermédiaire de son ***Administrateur***, le ***Preneur d'assurance*** et/ou ***ses Sociétés affiliées*** accepte(nt) de mettre à la disposition de la ***Personne assurée*** un site web (Deliveroo.qover.com), où cette dernière pourra accéder aux Conditions générales et aux autres documents de support relatifs à la ***Police principale***.

CETTE ***POLICE PRINCIPALE*** A POUR OBJECTIF DE PROTÉGER LA ***PERSONNE ASSURÉE*** DES CONSÉQUENCES FINANCIÈRES RÉSULTANT D'UN ***DOMMAGE CORPOREL*** PROVOQUÉE PAR UN ***ACCIDENT*** PENDANT LA ***DURÉE DE LA COUVERTURE.***

Cette ***Police principale*** est composée de ce qui suit :

1. Les présentes Conditions générales valables comme ***Note d'information*** (intitulées « Couverture collective des accidents personnels – ***Police principale*** ») qui définissent avec précision ce que couvre ou non la ***Police principale***, les conditions de la ***Police principale***, la manière d'introduire un sinistre et une réclamation et d'autres informations importantes, et
2. L'annexe à la ***Police principale*** qui décrit ce qui est couvert ainsi que la prestation correspondante, et
3. Tout avenant.

Nous Vous conseillons de lire ensemble les présentes Conditions générales, l'annexe à la ***Police principale*** et tout avenant et de les conserver à un endroit sûr.

Certains termes ont des significations spéciales chaque fois qu'ils apparaissent (en italique et) en gras (ailleurs que dans les en-têtes de chapitre) et sont énumérés dans les « Définitions » à la fin de ce document.

Comment contacter *l'Administrateur* ?

Cette ***Police principale*** est gérée par *l'****Administrateur*** qui ***Vous*** aidera ou aidera les ***Personnes assurées*** pendant toute la ***Période d'assurance .*** Il répondra à toute question, que ***Vous*** ou les ***Personnes assurées*** pourriez avoir à propos de cette **Police principale**. Sedgwick, le gestionnaire des sinistres, prendra en charge les sinistres des ***Personnes assurées***..

Si ***Vous*** ou les ***Personnes assurées*** souffrez d'un handicap rendant la communication difficile, veuillez en informer *l'****Administrateur*** ou le gestionnaire de sinistres, qui vous apporteront l'assistance nécessaire.

Si ***Vous*** ou les ***Personnes assurées*** souhaitez discuter de cette ***Police principale*** ou d'un *sinistre****, Vous*** ou la ***Personne assurée*** pouvez prendre contact avec *l'****Administrateur*** ou le ***gestionnaire de sinistres,*** dont les coordonnées se trouvent ci-dessous.

Service client	Sinistres
SERVICE CLIENT BELGIQUE - Téléphone : + 32 (0)2 808 36 52 - Email: contact@qover.com **SERVICE CLIENT IRLANDE** - Téléphone : +353 1800 816 037 - Email: contact@qover.com (prix d'un appel local depuis une ligne fixe - entre 9h et 16h) **SITE WEB** www.qover.com **COURRIEL** QOVER SA/nv	**DÉCLARATION DE SINISTRE EN LIGNE** - http://deliveroo.qover.com **GESTIONNAIRE DE SINISTRES SEDGWICK BELGIQUE** - Téléphone : + 32 (0)2 808 36 52 - Email: info.tpa@be.sedgwick.com **GESTIONNAIRE DE SINISTRES SEDGWICK IRLANDE** - Téléphone : +353 1800 816 037 - Email: travel@ie.sedgwick.com

Service client	Sinistres
Rue du Commerce, 31 – 1000 Bruxelles Belgique	

Toutes les communications avec ***Vous*** ou la ***Personne assurée*** se dérouleront en anglais ou dans la langue locale, en fonction de ***Votre*** choix ou de celui de la ***Personne assurée*****.** Veuillez de préférence utiliser l'adresse email lorsque vous contactez l'***Administrateur*** ou le gestionnaire des sinistres.

B. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

La ***Personne assurée*** est éligible à une couverture dans le cadre de la présente ***Police principale***, si :

a. Elle a moins de 74 ans; et
b. Elle réside légalement et est autorisée à ***Travailler*** dans le pays où elle exerce son activité, conformément à l'annexe de la ***Police principale***; et
c. Elle est affiliée à un régime de sécurité sociale; et
d. Elle est titulaire d'un contrat de ***Rider*** valable avec le ***Preneur d'assurance*** et/ ou les ***Sociétés affiliées*** pour effectuer des livraisons; et
e. Elle a effectué au moins une livraison au cours des 30 derniers jours; et
f. Elle veille à entretenir son moyen de transport et à ne l'utiliser que s'il est en état de marche; et
g. Elle se conforme aux règlements imposés par toute autorité légitime; et
h. Elle fait preuve des compétences et de l'attention nécessaires lorsqu'elle effectue des livraisons pour le compte du ***Preneur d'assurance*** et/ ou **des *Sociétés affiliées*.**

Le/La ***Remplaçant(e)*** peut bénéficier de la couverture au titre de cette ***Police principale*** et est donc considéré(e) comme une ***Personne assurée*** s'il/si elle a été approuvé(e) par une ***Personne assurée***, s'il/si elle répond aux exigences du contrat de ***Rider*** valable de la ***Personne assurée*** et satisfait aux critères d'éligibilité (a, b, c, f, g et h) stipulés ci-dessus.

C. CE QUI EST COUVERT

1. Décès accidentel, Meurtre et Incapacité permanente et temporaire

Nous paierons le montant indiqué dans le tableau des prestations ci-dessous si la ***Personne assurée*** souffre d'un ***Dommage corporel*** provoqué par un ***Accident*** qui débouche sur un ***Dommage corporel*** ou un ***Meurtre*** pendant la ***Durée de la couverture.***

TABLEAU DES PRESTATIONS

Description de la prestation	Montant de la prestation
Décès accidentel	**50 000 EUR**
Meurtre	**50 000 EUR**

Prestation funéraire	**3 000 EUR**
***Perte de la vue* d'un œil**	**15 000 EUR**
***Perte de la vue* des deux yeux**	**30 000 EUR**
Perte d'un membre	**30 000 EUR**
- **Perte de l'usage d'un pouce**	**4 800 EUR**
- **Perte de l'usage d'un index**	**3 600 EUR**
- **Perte de l'usage de tout autre doigt**	**2 400 EUR**
- **Perte de l'usage d'un gros orteil**	**3 600 EUR**
- **Perte de l'usage de tout autre orteil**	**900 EUR**
Incapacité permanente totale	**50 000 EUR**
Incapacité temporaire totale* résultant d'un *Dommage corporel* provoquée par un *Accident	**75 % du *Revenu journalier brut* moyen de la *Personne assurée* (du *Preneur d'assurance* et/ ou des *Sociétés affiliées*) ou 50 EUR par jour (selon le montant le plus bas) jusqu'à 30 jours après la date du *Dommage corporel*.** **Si la *Personne assurée* est sous contrat avec le *Preneur d'assurance* et/ou des *Sociétés affiliées* depuis moins de 60 jours à la date du *Dommage corporel* le montant de 25 EUR par jour, jusqu'à un maximum de 150 EUR sera payé à partir de la date du *Dommage corporel.*** **Si la *Personne assurée* est un *Remplaçant* à la date du *Dommage corporel*, alors le montant de 25 EUR sera versé pendant une période limite de 6 jours suivant la date du *Dommage corporel*.** ***Délai constitutif de sinistre* : 7 jours**
Quadriplégie	**50 000 EUR**
Paraplégie	**50 000 EUR**
***Perte de l'audition* des deux oreilles**	**30 000 EUR**
***Perte de l'audition* d'une oreille**	**7 500 EUR**

Perte de la parole **totale et permanente**	**30 000 EUR**
Perte de l'usage d'une épaule ou d'un coude	**15 000 EUR**
Perte de l'usage d'une hanche, d'un poignet, d'un genou ou d'une cheville	**9 000 EUR**
Perte de l'usage de l'ensemble de toute la mâchoire inférieure	**13 500 EUR**
Perte de l'usage d'un rein	**7 500 EUR**

Non-cumul des prestations en cas de décès accidentel et d'incapacité permanente

Les prestations en cas de décès et d'incapacité permanente, avec ou sans perte d'usage (totale ou partielle), telles qu'elles sont énumérées dans le tableau ci-dessus, ne sont pas cumulables.

Si la ***Personne assurée*** a déjà reçu, pour l'événement assuré, une prestation pour une ***Incapacité permanente totale*** ou une perte permanente d'usage, la prestation en cas de décès sera versée en déduisant les prestations déjà reçues.

Conditions préexistantes **:**

Aucune prestation ne sera versée eu égard à des ***Conditions préexistantes*** présentes avant la conclusion de la présente ***Police principale***, ou avant la signature d'un contrat de ***Rider*** valable avec le ***Preneur d'assurance*** et/ou des ***Sociétés affiliées*** pour effectuer des livraisons.

Mode de paiement à la *Personne assurée* :

La prestation est versée sous forme de somme forfaitaire, comme suit :

Décès accidentel

Si pendant la ***Durée de la couverture***, une ***Personne assurée*** est impliquée dans un ***Accident*** qui débouche sur un décès en conséquence directe de l'***Accident*** dans les 12 mois suivant cet ***Accident***, ***Nous*** payerons la somme forfaitaire prévue dans le tableau des prestations.

- Toute prestation pour un décès accidentel sera versée aux ***Bénéficiaires*** de la ***Personne assurée*** aussi vite que possible après la date de la déclaration de décès ou après réception des documents nécessaires**.**

- Si une ***Personne assurée*** disparaît, et que son corps n'est pas retrouvé dans les 12 mois suivant sa disparition et après examen de toutes les preuves disponibles, il y a des raisons de croire qu'elle est décédée suite à un ***Dommage corporel*** et ***Nous*** paierons la prestation de décès accidentel en vertu de la présente ***Police principale***. Si la ***Personne assurée*** est retrouvée en vie par la suite et que ***Nous*** avons effectué ce paiement, le montant ***Nous*** sera remboursé.

- En cas de sinistre valablement payable au titre de la présente police pour un décès accidentel, ***Nous*** verserons aux ***Bénéficiaires*** de la ***Personne assurée*** une indemnité forfaitaire supplémentaire pour frais funéraires, dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations.

Meurtre

Si, pendant la ***Durée de la couverture***, une ***Personne assurée*** décède en raison d'un ***Meurtre***, ***Nous*** paierons le montant forfaitaire

indiqué dans le tableau des prestations.

- Toute prestation pour un ***Meurtre*** sera versée aux ***Bénéficiaires*** de la ***Personne assurée*** aussi vite que possible après la date de la déclaration de décès ou sur réception des documents nécessaires.

- En cas de sinistre valablement payable au titre de la présente ***Police principale*** pour un ***Meurtre, Nous*** verserons aux ***Bénéficiaires*** de la ***Personne assurée*** une indemnité forfaitaire supplémentaire pour frais funéraires, dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations.

Incapacité permanente et perte d'usage

Si, au cours de la ***Durée de la couverture***, une ***Personne assurée*** est impliquée dans un ***Accident*** et subit un ***Dommage corporel*** entraînant une ***Incapacité permanente totale*** dans les 12 mois suivant la date d'un tel ***Accident, Nous*** verserons à la ***Personne assurée*** le montant prévu dans le tableau des prestations, après qu'un ***Médecin*** désigné par ***Nous*** aura analysé et approuvé la décision du ***Médecin*** désigné par la ***Personne assurée***.

Les prestations indiquées correspondent à 100% de la perte. Si une ***Personne assurée*** a un ***Accident*** et ne subit qu'une perte partielle, seul un pourcentage du montant total sera payé.

Aucune prestation ne sera accordée pour une ***Condition préexistante*** ou une incapacité partielle préexistante de la ***Personne assurée*** avant l***'Accident*** couvert. En cas de déficience partielle des membres ou des organes avant l'***Accident,*** l'indemnisation se basera sur la différence de l'état du membre ou de l'organe avant et après l'***Accident*** couvert.

Incapacité temporaire totale **résultant d'un** ***Dommage corporel*** **provoqué par un** ***Accident***

Nous payerons, après le ***Délai constitutif de sinistre***, la prestation d'***Incapacité temporaire totale*** présentée dans le tableau des prestations à la ***Personne assurée*** pendant une période ne dépassant pas 30 jours démarrant le jour du ***Dommage corporel***. Lorsque ***Nous*** l'estimons approprié ou en cas d'un quelconque doute, ***Nous*** pouvons désigner un ***Médecin*** pour analyser et confirmer la décision du ***Médecin*** désigné par la ***Personne assurée***.

Le ***Revenu journalier brut*** sera calculé sur base des 60 jours précédant l'***Accident***.

Si la ***Personne assurée*** est sous contrat avec le ***Preneur d'assurance*** depuis moins de 60 jours à la date de l'***Accident***, un montant de 25 EUR par jour sera versé, jusqu'à un maximum de 150 EUR.

Le ***Remplaçant*** recevra 25 EUR par jour, avec un plafond de 150 EUR pour une période maximale de 6 jours.

La prestation d'***Incapacité totale temporaire*** suite à un ***Dommage corporel*** sera versée à la ***Personne assurée*** jusqu'à ce qu'elle soit médicalement capable de reprendre le ***Travail.*** Elle est accordée pour un maximum de 30 jours au total pour un même sinistre, mais pas nécessairement de façon consécutive.

Délai constitutif de sinistre

Dès que la ***Personne assurée*** a été inapte à ***Travailler*** en raison d'un ***Dommage corporel*** pendant 7 jours consécutifs, la ***Personne assurée*** recevra la prestation d'***Incapacité temporaire totale*** à partir du jour du ***Dommage corporel*** tel qu'indiqué dans le tableau des prestations.

2. Les dépenses médicales liées à un *Dommage corporel* provoqué par un *Accident*.

Nous indemnisons la ***Personne assurée*** pour les frais engagés, suite à un ***Dommage corporel***, pour les traitements médicaux, chirurgicaux ou les autres traitements diagnostiques ou curatifs nécessaires, demandés, effectués ou prescrits par un ***Médecin*** jusqu'à la prestation maximale payable pour chaque ***Personne assurée*** par ***Période d'assurance.***

Nous payons également les frais d'hospitalisation, les factures médicales ou les médicaments prescrits ainsi que la chirurgie réparatrice et esthétique médicalement nécessaire, et les prothèses, jusqu'à la prestation maximale payable à chaque ***Personne assurée*** par ***Période d'assurance.***

Le montant maximum de la couverture ci-dessus est de 7 500 EUR par ***Accident*** assuré et par ***Période d'assurance***, pour les dépenses directement liées à ***l'Accident*** assuré, encourues dans les 12 mois suivant la date de ***l'Accident***.

Cette couverture ne s'appliquera qu'en complément des remboursements d'autres polices d'assurance similaires souscrites par l'assuré et/ou des remboursements de tout régime de sécurité sociale (Caisse Maladie).

En cas de multiples sinistres au cours d'une même ***Période d'assurance***, chaque montant payé sera déduit de la prestation de 7 500 EUR jusqu'à épuisement de ce montant total. Par la suite, tous les frais seront supportés par la ***Personne assurée*** elle-même.

3. Prestation de convalescence

Nous payons jusqu'à 20 EUR par jour, avec un plafond de 280 EUR, pendant que la ***Personne assurée*** se rétablit d'un ***Dommage corporel*** (uniquement après une hospitalisation d'au moins 24 heures) due à un ***Accident***, sur avis ou demande d'un ***Médecin.***

La convalescence doit avoir lieu en dehors de l'hôpital; s'il a lieu dans un hôpital, la couverture prévue au point 7 s'applique.

4. Indemnité pour les cicatrices faciales uniquement à la suite d'une *Agression*

Si une ***Personne assurée*** souffre d'une cicatrice permanente et visible au visage faisant suite à une ***Agression, Nous*** payerons à la ***Personne assurée*** le montant spécifié ci-dessous, en fonction de l'importance de la lésion, comme elle a été déterminée par le ***Médecin***.

Une cicatrice au visage :

a) qui mesure 3 à 9 centimètres de long ou en surface : 250 EUR
b) qui mesure 10 centimètres ou plus de longueur ou en surface : 500 EUR

Avec un plafond de 750 EUR pour de multiples cicatrices au visage.

5. Luxation nécessitant une réduction sous anesthésie à la suite d'un *Accident*

Si, à la suite d'un ***Dommage corporel***, une ***Personne assurée*** subit une luxation des articulations énumérées ci-dessous, qui nécessite une réduction sous anesthésie**, *Nous*** verserons à la ***Personne assurée*** le montant spécifié ci-dessous *:*

a) Une hanche : 500 EUR
b) Un genou : 300 EUR
c) Un poignet ou un coude : 200 EUR
d) Une cheville, une clavicule ou une omoplate : 100 EUR
e) Un ou plusieurs doigts, orteils ou la mâchoire : 50 EUR

6. Indemnité dentaire à la suite d'un *Accident*

Si la ***Personne assurée*** subit de dommages dentaires à la suite d'un ***Dommage corporel***, ***Nous*** payons jusqu'à concurrence de 2 000 EUR les frais engagés par la ***Personne assurée***, qu'ils soient permanents ou temporaires, pour toutes les dents endommagées lors de ce même ***Accident***.

Le montant maximum de la couverture ci-dessus est de 2 000 EUR par ***Accident*** assuré et par ***Période d'assurance***, pour les dépenses directement liées à ***l'Accident*** assuré, encourues dans les 12 mois suivant la date de ***l'Accident***.

Cette couverture ne s'appliquera qu'en complément des remboursements d'autres polices d'assurance similaires souscrites par l'assuré et/ou des remboursements de tout régime de sécurité sociale (Mutualités).

En cas de multiples sinistres au cours d'une même ***Période d'assurance,*** chaque montant payé sera déduit de la prestation de 2 000 EUR jusqu'à épuisement de ce montant total. Par la suite, tous les frais seront supportés par l'***Assuré*** lui-même.

7. Hospitalisation à la suite d'un *Accident*

Nous payerons 50 EUR par période complète de 24 heures durant laquelle la ***Personne assurée*** reste hospitalisée à la suite d'un ***Dommage corporel***, avec un plafond de 60 nuitées et de 3 000 EUR.

8. Prestations familiales

Si la ***Personne assurée*** a effectué au moins 200 livraisons au cours des 6 derniers mois, le ***Bénéficiaire*** recevra une prestation familiale allant jusqu'à 500 EUR en cas de décès, ou la ***Personne assurée*** en cas d'incapacité permanente sévère.

Le ***Remplaçant*** est exclu et ne peut bénéficier de cette couverture.

Toute incapacité permanente de plus de 30% est considérée comme une incapacité permanente sévère.

Toutes les prestations visées aux paragraphes 2 à 8 ci-dessus sont versées en complément des prestations au titre de la *Police principale.*

9. Service de conseils

Lignes d'assistance téléphonique de 9 h à 18 h (prix d'un appel depuis un poste fixe local)

- **Pour la Belgique : +32 2 808 36 52**
- **Pour l'Irlande : +353 1800 816 0370 806 806 801**

Les lignes d'assistance téléphonique suivantes font partie de cette ***Police principale***, et ***Vous*** pouvez les utiliser jusqu'à 3 fois pendant toute la ***Période d'assurance***. Veuillez noter que ***Vous*** devrez fournir le numéro de police suivant : ROO20240701.

Services de conseils

a) Identifier et gérer le stress et les situations stressantes.
b) Conseils en cas de crise.
c) Soutien émotionnel à la dette.
d) Soutien émotionnel en cas d'addiction.
e) Soutien par rapport aux aspects émotionnels de vivre avec une lésion de longue durée ou une incapacité totale.
f) Soutien et aide après un décès pour le client endeuillé et ses collègues de travail, afin de les aider à faire face au traumatisme de leur perte.
g) Soutien pour gérer l'impact psychologique de l'impossibilité de continuer à travailler en raison d'une lésion couverte.
h) Informations et coordonnées des organisations offrant des conseils en face-à-face.

Conseil médical

a) Informations médicales générales pouvant être fournies par téléphone.
b) Comment accéder aux informations sur la longueur des listes d'attente des hôpitaux.
c) Fourniture de détails ou de sources d'information supplémentaires et des sociétés spécialisées dans le traitement de handicaps particuliers.
d) Informations sur les institutions disponibles par l'intermédiaire des services sociaux.
e) Conseil sur la manière d'obtenir un deuxième avis.

Conseils relatifs au deuil pour *Vous* ou votre famille

a) Information sur l'endroit où retrouver les testaments, sur l'obtention d'une homologation ou de lettres d'administration ou la nécessité de consulter un avocat.

b) Conseils sur la manière d'enregistrer un décès, sur les devoirs du médecin légiste et sur les documents requis par l'officier de l'état civil.
c) Orientation vers une entreprise de pompes funèbres et information sur les détails pratiques.

Le prestataire de services fournit les services de conseil et de soutien personnalisés tels que décrits dans les Conditions générales, avec l'attention et les compétences nécessaires, conformément aux normes et pratiques sectorielles applicables. Lorsqu'il utilise les services, la ***Personne assurée*** doit toujours faire preuve de diligence et de discernement. Les services peuvent comprendre des lignes directrices, des recommandations ou l'interprétation de données. Le ***Personne assurée*** est seul et unique responsable du choix d'une ligne de conduite ou d'une omission particulière et de la mise en œuvre de toute action ou de la prise de toute décision sur cette base. Le prestataire de services, l'***Administrateur*** et l'***Assureur*** déclinent toute responsabilité en ce qui concerne ces actions ou décisions et leurs conséquences.

D. CE QUI N'EST PAS COUVERT

Important

Lorsqu'un ***Rider*** fait appel à un(e) ***Remplaçant***(e) (désigne quelqu'un d'autre pour effectuer des livraisons en son nom, en utilisant son compte ***Rider***), le(la) ***Remplaçant***(e) doit respecter les conditions du contrat de rider valable et satisfaire aux lignes directrices du ***Preneur d'assurance*** à l'intention des ***Riders*** concernant l'utilisation de ***Remplaçants***.

Sans préjudice des exigences énoncées à la clause B "Critères d'éligibilité", pour que le ***Remplaçant*** soit couvert, le ***Rider*** aura l'obligation suivante :

- Être titulaire d'un contrat de rider valable avec le ***Preneur d'assurance*** au moment du remplacement ;
- Démontrer que toutes les dispositions pertinentes du contrat de rider, concernant les ***Remplaçants***, sont rencontrées ;
- Démontrer que le ***Remplaçant*** est autorisé à ***Travailler*** dans le lieu, dans la juridiction de et selon les spécifications du contrat de rider

Si les conditions susmentionnées ne sont pas respectées par le ***Rider***, alors la couverture sera refusée au ***Remplaçant***.

Nous ne versons aucune indemnité ou prestation découlant de ce qui suit :

i) un ***Dommage corporel*** survenant en dehors de la ***Durée de la couverture*** ;

ii) un ***Dommage corporel*** causé ou favorisé par un acte délibéré (à l'exception du ***Meurtre***), un suicide, une tentative de suicide ou une blessure auto-infligée ;

iii) un ***Accident*** survenant directement ou indirectement :
   a) d'une ***Guerre*****,** une grève et des manifestations civiles**,**
   b) de la ***Personne assurée*** qui participe à une ***Guerre active,***
   c) de ***Risques nucléaires***.

iv) si ***Nous*** pouvons prouver un lien de causalité avec l'***Accident***: un ***Dommage corporel*** survenant quand l'alcoolémie de la ***Personne assurée*** dépasse 50 mg pour 100 ml de sang, ou suite à la prise de drogue par la ***Personne assurée*** autrement que conformément à une prescription légale ;

v) un ***Dommage corporel*** survenant suite à tout acte de violence de la ***Personne assurée*** si elle a activement pris part à l'événement concerné, à moins qu'il ou elle n'ait pris les précautions nécessaires pour éviter l'***Accident*** et ses conséquences ;

vi) un ***Dommage corporel*** survenant à la suite d'actes téméraires, sauf s'il s'agit de sauver une vie humaine, des biens ou un intérêt légitime ;

vii) les frais de déplacement engagés pour obtenir un traitement médical suite à un ***Dommage corporel*** *;*

viii) les frais dentaires engagés par la ***Personne assurée*** pour l'amélioration esthétique des dents suite à un ***Dommage corporel*** *;*

ix) un ***Dommage corporel*** subi par la ***Personne assurée*** à la suite d'accidents, d'infirmités ou de maladies survenus avant la date de souscription de la couverture par l'assuré ;

x) un ***Dommage corporel*** subi par la ***Personne assurée*** aggravant une infirmité antérieure due à la négligence du ***Rider*** dans son traitement médical ;

xi) un ***Dommage corporel*** subi par la ***Personne assurée*** suite à un ***Accident*** causé par une crise d'épilepsie ou une embolie cérébrale.

E. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Déclarer un sinistre

Pour déclarer un sinistre faisant suite à un ***Dommage corporel***, la ***Personne assurée*** ou les ***Bénéficiaires***, en cas de décès de la ***Personne assurée,*** fourniront tous les documents qui ***Nous*** permettront d'établir le droit de la ***Personne assurée*** à recevoir une prestation ou une indemnité. La ***Personne assurée*** s'engage à demander à son ***Médecin*** de lui communiquer toutes les informations concernant son état de santé.

Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations que vous ***Nous*** avez faites et les réponses fournies à ***Nos*** demandes. ***Notre*** conseiller médical peut aider la ***Personne assurée*** à demander un examen médical auprès d'un ***Médecin*** désigné par elle. ***Nous*** supportons le coût de cet examen.

Éléments que la ***Personne assurée*** devrait garder à l'esprit lors de l'introduction du sinistre :

a) Consulter un ***Médecin*** aussi rapidement que possible.
b) ***Nous*** autoriser à consulter les dossiers médicaux spécifiques à chaque cas, conformément à la législation en vigueur.
c) Fournir les preuves que ***Nous***, l'***Administrateur*** et/ou le gestionnaire de sinistre demandons afin d'établir les circonstances qui ont provoqué le ***Dommage corporel*** et aider à obtenir les déclarations de témoins ou d'autres rapports de ce type, y compris les données de suivi de Deliveroo au moment de l'***Accident***.
d) ***Nous*** assister et coopérer avec ***Nous, l'Administrateur*** et/ou le gestionnaire de sinistres pour obtenir tout dossier médical ou autre document supplémentaire dont ***Nous*** ou l'***Administrateur*** avons besoin pour évaluer le sinistre. Si la ***Personne assurée*** ne le fait pas, ***Nous*** ne serons pas tenus de payer le sinistre.
e) Accepter d'être examiné par tout conseiller médical que ***Nous*** désignons et aussi fréquemment que ***Nous*** le jugeons nécessaire pendant toute la durée du sinistre. ***Nous*** payerons tout examen de ce type.
f) Pendant toute la durée du sinistre au titre du présent contrat, ***Nous*** demandons à la ***Personne assurée*** de fournir la preuve de son incapacité en remplissant un formulaire mensuel de déclaration de sinistre et en fournissant un document émanant d'un ***Médecin*** qui certifie l'arrêt de ***Travail*** de la ***Personne assurée***. ***Nous*** n'acceptons cette forme de documentation que pour des périodes individuelles d'une durée maximale d'un mois. Pour les périodes plus longues, ***Nous*** exigeons un rapport médical écrit détaillé, accompagné d'un justificatif du ***Médecin***, expliquant pourquoi la ***Personne assurée*** a besoin d'une période d'incapacité plus longue.
g) La ***Personne assurée*** n'a droit à aucune prestation pour toute période d'incapacité dont elle ne fournit pas la preuve. Si une prestation a déjà été versée, la ***Personne assurée*** devra rembourser tout montant auquel elle n'a pas droit.
h) En cas *d'**Agression***, la ***Personne assurée*** devra fournir, à ses frais, une copie du rapport de police et le numéro du délit.
i) La ***Personne assurée*** doit consentir à ce que ses données personnelles, y compris son dossier médical, soient communiquées à toutes les parties impliquées dans le processus de traitement du sinistre, y compris à ***Nous***. Il peut également être nécessaire de partager ces données avec le ***Preneur d'assurance*** et/ ou **ses *Sociétés affiliées*.**

Notification

La ***Personne assurée*** doit ***Nous*** notifier le ***Dommage corporel*** dans les 10 jours suivant l'***Accident*** ou dès que cela est raisonnablement possible. En cas de décès, le ***Médecin*** qui constate le décès peut envoyer le certificat de décès au gestionnaire de sinistres dans un délai de 10 jours.

Certificats médicaux

Dans les 10 jours suivant le début de l'incapacité de travail en raison de la ***Maladie***, ou dès que cela est raisonnablement possible, il est nécessaire de ***Nous*** envoyer le certificat de premier constat du ***Médecin*** de la ***Personne assurée***.

Tous les certificats médicaux relatifs au ***Dommage corporel***, au traitement, à l'état actuel ou antérieur de la ***Personne assurée,*** ainsi que toute autre information que ***Nous*** demandons, doivent également ***Nous*** être fournis dans les 10 jours, ou dès que cela est raisonnablement possible.

Résolution des litiges médicaux

Si la ***Personne assurée*** n'accepte pas une décision médicale, elle doit ***Nous*** le faire savoir dans les 15 jours suivant la notification de la décision. Le litige sera soumis de manière contradictoire à un collège d'au moins 2 médecins experts, chaque partie impliquée désignant le sien.

Si ce collège ne parvient pas à un accord, il désigne d'un commun accord, un autre médecin expert (l'arbitre) dont le rôle sera de fournir une réponse décisive. Si le collège ne peut désigner un médecin expert de commun accord, la juridiction compétente à Bruxelles ou à Dublin se chargera de le désigner à la demande du plaignant.

Chaque partie prendra en charge le coût de son propre ***Médecin.*** Les honoraires du médecin expert chargé de l'arbitrage seront pris en charge à parts égales par toutes les parties concernées. Il en va de même pour les honoraires de tout expert à qui ils font appel.

Mesures en cas de non-respect des obligations à la survenance d'un sinistre

En cas de non-respect des obligations à la survenance d'un sinistre, ***Nous*** pouvons réduire l'indemnité ou la prestation ou la recouvrer si elle a été payée dans la mesure où ***Nous*** avons subi un préjudice. Si cette violation est le résultat d'une intention frauduleuse, ***Nous*** pouvons refuser toute intervention ou recouvrer l'indemnité ou la prestation déjà payée.

Si ***Nous*** établissons que la ***Personne assurée Nous*** a délibérément ou imprudemment fourni des informations fausses ou trompeuses concernant un sinistre, ***Nous*** pouvons refuser de payer ce sinistre, récupérer toute indemnité déjà versée et résilier la présente assurance en ce qui concerne cette ***Personne assurée*** à compter de la date à laquelle ces fausses informations ont été fournies.

Réclamations

Que faire en cas de réclamation ?

Notre objectif est de ***Vous*** fournir ainsi qu'à la ***Personne assurée*** le service de la meilleure qualité possible à tout moment. Toutefois, une insatisfaction peut survenir au cours de la relation entre ***Vous*** ou la ***Personne assurée*** et ***Votre Assureur***, et nous restons ouverts à toute réclamation.

Pour les réclamations relatives à la gestion de ***Votre*** contrat, veuillez contacter l'***Administrateur*** Qover SA/nv :

Téléphone

- Pour la Belgique : + 32 (0)2 808 36 52
- Pour l'Irlande : +353 1800 816 037
  (prix d'un appel local depuis une ligne fixe - entre 9h et 16h)

Email: mediation@qover.com
Courriel:

QOVER SA/nv
Département Médiation
Rue du Commerce 31, 1000 Bruxelles
Belgique

Pour les réclamations concernant spécifiquement un sinistre, contactez le gestionnaire de sinistres Sedgwick :

- Téléphone : +44 2920 320 967
- Email: deliverooclaimsint@uk.sedgwick.com

Vous ou la ***Personne assurée*** pouvez également contacter l'***Assureur*** Zurich Insurance Europe AG ("Zurich"), en écrivant à l'adresse suivante :

Zurich Insurance Europe AG, succursale belge
Service des Plaintes
Building Caprese - Da Vincilaan 5

1930 Zaventem
Belgique

Zurich s'engage à accuser réception de ***Votre*** correspondance ou de celle de la ***Personne assurée*** dans un délai de 10 jours ouvrables (à moins que Zurich ne ***Vous*** ait déjà fourni une réponse dans ce délai) et à traiter ***Votre*** demande ou celle de la ***Personne assurée*** dans un délai maximum de 60 jours ouvrables à compter de la réception de ***Votre*** correspondance.

Enfin, ***Vous*** pouvez écrire à l'Ombudsman des Assurances en Belgique ou au Médiateur des services financiers et des pensions en Irlande à l'adresse suivante :

Belgique
l'Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
Belgique

Téléphone : +32 2 547 58 71
Fax : +32 2 547 59 75
Email: info@ombudsman-insurance.be
Site web : www.ombudsman-insurance.be

Irlande
Médiateur pour les services financiers et les pensions
Lincoln House
Lincoln Place
Dublin 2
D02 VH29

Téléphone : +353 1 567 7000
Email: info@fspo.ie
Site web : www.fspo.ie

L'Ombudsman et le Médiateur sont des personnalités extérieures à Zurich Insurance Europe AG qui exercent leur mission en toute indépendance.

Les dispositions relatives au traitement des plaintes mentionnées ci-dessus ne portent pas atteinte à *Votre* droit ou au droit de la *Personne assurée* d'engager une procédure judiciaire.

Conformité aux sanctions

Nous ne serons pas réputés fournir une couverture, ni tenus de payer un quelconque sinistre ou de fournir une quelconque prestation en vertu du présent contrat dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture d'une telle prestation ***Nous*** exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou des sanctions commerciales ou économiques, des lois ou des règlements de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

Protection des données

Qui traite vos données personnelles ?

La présente section vous informe sur la manière dont Zurich Insurance Europe AG (« Zurich »), en tant que responsable du traitement des données, traitera vos informations personnelles. Lorsque Zurich vous présente à une société extérieure au groupe, cette dernière

vous indiquera comment vos données personnelles seront traitées.

Vous pouvez demander des informations supplémentaires relatives à l'utilisation de données personnelles, ou déposer une plainte en première instance, en contactant notre délégué à la protection des données à l'adresse : Zurich Insurance Europe AG, Branche belge, Da Vincilaan 5, 1930 Zaventem, Belgique ou par courrier électronique au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : privacy.belgium@zurich.com.

Si vous avez des préoccupations concernant le traitement de vos données personnelles, ou si vous n'êtes pas satisfait de la manière dont nous avons traité toute demande relative à vos droits, vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité de protection des données compétente.

Quelles sont les données personnelles collectées ?

Nous collectons et traitons les données personnelles que vous nous communiquez par téléphone, par courrier électronique, en remplissant des formulaires, y compris sur notre site web, et lorsque vous signalez un problème sur notre site web. Nous recueillons également des informations personnelles auprès de votre agent désigné, comme votre fiduciaire, votre courtier, votre intermédiaire ou votre conseiller financier, afin de vous fournir les services que vous avez demandés, et auprès d'autres sources, telles que les agences de référence de crédit et d'autres compagnies d'assurance, à des fins de vérification. Nous collectons également des informations que vous avez volontairement rendues publiques et d'autres sources industrielles.

Nous ne collecterons que les données personnelles nécessaires pour remplir nos obligations contractuelles ou légales, à moins que vous ne consentiez à fournir des informations supplémentaires. Le type de données personnelles que nous collectons comprend : les informations personnelles de base (nom, adresse et date de naissance), la profession et les informations financières, les informations sur la santé et la famille, les informations sur les réclamations et les condamnations, et, si vous avez demandé que d'autres personnes soient incluses dans la police d'assurances, les informations personnelles sur ces personnes.

Si vous nous communiquez des données personnelles sur d'autres personnes, celles-ci seront utilisées pour vous fournir un devis et/ou un contrat d'assurance et/ou une prestation de services financiers. Vous acceptez d'avoir leur autorisation pour le faire. Sauf si vous gérez le contrat au nom d'une autre personne, veillez à ce que cette personne sache comment Zurich utilisera ses données personnelles. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la section ci-dessous « Comment utilisons-nous vos données personnelles ».

Comment utilisons-nous vos données personnelles ?

Nous et les tiers que nous avons sélectionnés ne collecterons et n'utiliserons vos données personnelles que (i) lorsque le traitement est nécessaire pour vous fournir un devis et/ou un contrat d'assurance et/ou une prestation de services financiers que vous avez demandés ; (ii) pour satisfaire à nos obligations légales ou réglementaires, ou pour l'établissement, l'exercice ou la défense de réclamations légales ; (iii) pour nos « intérêts légitimes ». Il est dans notre intérêt légitime de collecter vos données personnelles, car elles nous apportent les informations dont nous avons besoin pour vous fournir nos services de manière plus efficace, y compris des informations sur nos produits et services. Nous veillerons toujours à limiter au strict minimum la quantité d'informations collectées et l'étendue du traitement pour satisfaire cet intérêt légitime.

Voici quelques exemples d'objectifs pour lesquels nous collecterons et utiliserons vos données personnelles :

- Pour vous fournir un devis et/ou un contrat d'assurance ;
- Pour vous identifier lorsque vous nous contactez ;
- Pour s'occuper de l'administration et de l'évaluation des sinistres ;
- Pour effectuer et recevoir des paiements ;
- Pour obtenir un retour d'information sur le service que nous vous fournissons ;
- Pour administrer notre site et pour des opérations internes, y compris la solution de problèmes, l'analyse des données, les tests, la recherche, les statistiques et les enquêtes ;
- À des fins de prévention et de détection de la fraude.

Nous utiliserons les informations relatives à votre état de santé et à vos condamnations dans le but de vous fournir une assurance, ce qui inclut la conclusion, la souscription, le conseil ou la gestion d'un contrat d'assurance entre vous et nous.

Nous vous contacterons pour obtenir votre consentement avant de traiter vos données personnelles à d'autres fins, y compris à des fins de marketing ciblé, à moins que nous n'ayons déjà obtenu votre consentement à cet effet.

Avec qui partageons-nous vos données personnelles ?

Le cas échéant, nous partageons des informations personnelles avec les types d'organisations décrits ci-dessous afin de vous fournir les biens et services que vous avez demandés :

- Les entreprises associées, y compris les réassureurs, les fournisseurs et les prestataires de services ;
- Les intermédiaires, les introducteurs et les conseillers professionnels ;
- Les organismes d'enquête et de recherche ;
- Les agences de référence du crédit ;
- Les professionnels de la santé, les organisations sociales et d'aide sociale ;
- Les autres compagnies d'assurance ;
- Les sites web de comparaison et les entreprises similaires qui offrent des moyens de rechercher et de demander des produits de services financiers ;
- Les agences de prévention et de détection de la fraude.

Ou, afin de répondre à nos exigences légales ou réglementaires, avec les types d'organisations décrits ci-dessous :

- Les organes réglementaires et juridiques ;
- Le gouvernement central ou les conseils locaux ;
- Les organes chargés de l'application de la loi, y compris les enquêteurs ;
- Les agences de référence du crédit ;
- Les autres compagnies d'assurance.

Nous pouvons également partager les données suivantes avec les types d'organisations mentionnés ci-dessus, à des fins d'analyse statistique, de recherche et d'amélioration des services :

- Données anonymisées : données cryptées pour les rendre anonymes, ce qui protège la vie privée d'un individu en supprimant les informations personnellement identifiables.
- Données pseudonymisées : informations personnellement identifiables remplacées par un pseudonyme afin de rendre les données moins identifiables, par exemple en remplaçant un nom par un numéro unique.
- Données agrégées : groupes de données similaires, tels que l'âge, la profession ou le revenu, qui sont exprimés sous forme de résumé à des fins d'analyse statistique.

Comment utilisons-nous vos données personnelles pour les sites web et les communications par courrier électronique ?

Lorsque vous visitez l'un de nos sites web, nous pouvons recueillir des informations telles que votre adresse électronique ou votre adresse IP. Cela nous permet de suivre les visites uniques et de surveiller les tendances du trafic des clients sur le site web, comme les personnes qui visitent le site et la raison de leur visite.

Nous utilisons des cookies et/ou des balises pixel sur certaines pages de notre site web. Un cookie est un petit fichier texte envoyé à votre ordinateur. Un pixel est une balise invisible placée sur certaines pages de notre site web, mais pas sur votre ordinateur. Les balises pixel fonctionnent généralement avec les cookies pour nous aider à vous fournir un service plus personnalisé. Cela nous permet de contrôler et d'améliorer nos communications par courrier électronique et notre site web. Des informations utiles sur les cookies, y compris sur la manière de les supprimer, sont disponibles sur nos sites web.

Comment transférons-nous vos données personnelles vers d'autres pays ?

Lorsque nous transférons vos informations personnelles vers des pays situés en dehors de l'Union européenne (UE), nous veillons à ce qu'elles soient protégées et à ce que le transfert soit légal. Pour ce faire, nous veillerons à ce que les informations personnelles bénéficient de garanties adéquates en utilisant des « clauses contractuelles types » qui ont été adoptées ou approuvées par l'UE, ou d'autres solutions conformes aux exigences de la législation européenne en matière de protection des données.

Une copie de nos mesures de sécurité relatives aux transferts d'information peut être obtenue auprès de notre délégué à la protection des données : Zurich Insurance Europe AG, Branche belge, Da Vincilaan 5, 1930 Zaventem, Belgique ou par courrier électronique au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : privacy.belgium@zurich.com.

Combien de temps conservons-nous vos données personnelles ?

Nous conserverons et traiterons vos données personnelles aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les objectifs pour lesquels elles ont été collectées à l'origine.

Plusieurs facteurs influencent la durée de conservation de vos informations personnelles, comme indiqué ci-dessous :

- Respect des lois et règlements applicables, ou des codes édictés par les autorités de régulation ou les organismes professionnels ;
- Nos processus commerciaux, associés au type de produit ou de service que nous vous avons fourni ;
- Le type de données que nous détenons à votre sujet ;
- Si vos données sont liées à un différend, un litige ou une enquête en cours, en attente, menaçant, imminent ou probable ;
- Pour nous permettre de répondre à toute question, réclamation, sinistre ou sinistre potentiel ;
- Si vous ou une autorité réglementaire nous demandez de conserver vos données à des fins légitimes.

Vos droits en matière de protection des données

Aux fins de vous fournir un contrat d'assurance, de traiter les demandes d'indemnisations, de réassurance et de marketing ciblé, nous traiterons vos données personnelles par le biais d'une prise de décision automatisée et d'un profilage lorsque nous avons un intérêt légitime et/ou que vous y avez consenti.

Vous disposez d'un certain nombre de droits en vertu des lois sur la protection des données, à savoir

- Le droit d'accès à vos données (par le biais d'une demande d'accès) ;
- Le droit à la rectification de vos données, si elles sont imprécises ou incomplètes ;
- Le droit de faire effacer ou supprimer vos données, dans certaines circonstances ;
- Le droit de restreindre le traitement de vos données, dans certaines circonstances ;
- Le droit à la portabilité des données, notamment d'obtenir et de réutiliser vos données à vos propres fins dans le cadre de différents services ;
- Le droit de refuser le marketing direct ;
- Le droit de ne pas faire l'objet d'une prise de décision automatisée (y compris le profilage) quand elle a un effet légal ou un effet significatif similaire sur vous ;
- Le droit de demander une indemnisation en cas de dommages causés par une violation de la législation sur la protection des données ;
- Si nous traitons vos données personnelles sans votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment.

Vous pouvez exercer vos droits en prenant contact avec notre délégué à la protection des données : Zurich Insurance Europe AG, succursale belge, Da Vincilaan 5, 1930 Zaventem, Belgique ou par courrier électronique au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : privacy.belgium@zurich.com.

Que se passe-t-il si vous ne nous fournissez pas vos données personnelles ?

Si vous ne nous fournissez pas vos données personnelles, nous ne serons pas en mesure de vous fournir un contrat ou d'évaluer les demandes futures pour le service que vous avez demandé.

Mise à jour des conditions

Nous pouvons modifier à tout moment les détails non essentiels des présentes Conditions générales d'assurance et/ou de l'annexe de la ***Police principale***, moyennant un préavis écrit d'au moins 30 jours.

Les détails non essentiels sont toutes les modifications qui n'ont pas d'effet sur la couverture d'assurance ou la prime d'assurance, comme la présentation formelle de la police d'assurance ou la typographie.

Si ***Vous*** refusez ou ne pouvez pas accepter les modifications de conditions proposées, ***Vous*** avez le droit de résilier la présente police

d’assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date d’envoi de la notification écrite par ***Nos*** soins.

Si la couverture qui ***Vous*** est fournie au nom des ***Personnes assurées*** est modifiée en raison de changements législatifs ou réglementaires indépendants de ***Notre*** volonté, il est possible que ***Nous*** ne soyons pas en mesure de ***Vous*** donner un préavis de 30 jours.

Les ***Personnes assurées*** n’ont aucun droit de résiliation au titre de la présente police d’assurance.

Droit applicable et juridiction compétente

Il est convenu que la ***Police principale*** est régie exclusivement par le droit et la pratique du pays où la ***Personne assurée*** est établie (soit la Belgique, soit l'Irlande), et que tout litige découlant la ***Police principale*** ou s’y rapportant relève exclusivement de la juridiction du tribunal local compétent respectif en Belgique ou en Irlande.

En cas de conflit ou de divergence entre toute version traduite de la ***Police principale*** et la version anglaise, la version anglaise prévaudra.

F. DÉFINITIONS

ACCIDENT
Désigne un événement soudain, imprévu et inattendu, extérieur, violent et visible corporellement, qui se produit à un moment et en un lieu identifiable pendant la ***Durée de la couverture*** et de la ***Période d'assurance.*** Il comprend les accidents vasculaires cérébraux, les crises cardiaques et les ruptures d'anévrisme.

ADMINISTRATEUR
Désigne QOVER SA/nv – RPM 0650.939.878 – FSMA 0650.939.878. Le siège social et opérationnel de QOVER est situé rue du Commerce 31, 1000 Bruxelles, Belgique.

AGRESSION
Désigne une atteinte intentionnelle non provoquée ou une menace non provoquée d'atteinte à l'intégrité physique associée à une capacité apparente et présente de causer des dommages à la ***Personne assurée*** pendant la ***Durée de la couverture***, y compris, mais sans s'y limiter, l'aspersion d'un liquide corrosif, et qui nécessite l'attention d'un ***Médecin*** ou la visite à un hôpital et qui doit être attestée par un rapport de police ou un numéro de référence du délit.

BÉNÉFICIAIRE
La personne ou l'organisation désignée par la ***Personne assurée*** dans cette ***Police principale,*** pour recevoir les prestations liées au décès de la ***Personne assurée.*** En l'absence de personne ou d'organisation désignée, les prestations liées au décès de la ***Personne assurée*** seront versées à ses héritiers légaux jusqu'au 3e degré. Le gouvernement ou l'État ne sera en aucun cas considéré comme **Bénéficiaire**.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES
Désigne une condition, une maladie, une blessure ou tout état lié et/ou symptômes associés, diagnostiqués ou non, dont souffrait la ***Personne assurée*** avant le début de cette assurance et :

- dont la ***Personne assurée*** a connaissance ou devrait raisonnablement avoir connaissance ; ou
- pour laquelle la ***Personne assurée*** a consulté ou pris des dispositions pour consulter un ***Médecin.***

Cela n'inclut pas une ***Condition préexistante*** pour laquelle les ***Personnes assurées*** ont été sans traitement et asymptomatiques pendant au moins 12 mois.

CONVALESCENCE
Désigne le temps de récupération après un traitement hospitalier, prescrit par un ***Médecin.***

DÉLAI CONSTITUTIF DE SINISTRE
Désigne la période durant laquelle aucune prestation ne sera accordée, et durant laquelle la ***Personne assurée*** et le ***Remplaçant*** ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance.

DOMMAGE CORPOREL
Désigne une ou des blessure(s) physique(s), provoquées par un ***Accident***, uniquement et indépendamment de toute autre cause (sauf traitement médical ou chirurgical obligatoire en raison de cette blessure) qui débouche sur le décès ou l'incapacité de la ***Personne assurée*** dans les 12 mois de la date de l'***Accident.***

DURÉE DE LA COUVERTURE
La durée commence à partir du moment où la ***Personne assurée*** se connecte et est en ligne sur l'App du ***Preneur d'assurance*** et/ou des ***Sociétés affiliées*** et jusqu'à une heure après cette connexion, pendant la ***Période d'assurance*** indiquée dans l'annexe de la ***Police principale***, ou la date à partir de laquelle la ***Personne assurée*** a un contrat avec le ***Preneur d'assurance*** et/ou une des ***Sociétés affiliées***, quelle que soit la date la plus tardive. La couverture se termine à la date d'expiration de la ***Période d'assurance*** indiquée dans l'annexe de la ***Police principale*** ou la date de fin du contrat de la ***Personne assurée*** avec le ***Preneur d'assurance*** *et/ou des* ***Société affiliées,*** selon la date qui se produit le plus tôt.

GUERRE
Désigne les activités de ***Guerre***, l'invasion, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (que la ***Guerre*** soit déclarée ou non), la ***Guerre*** civile, la rébellion, la révolution, l'insurrection, le pouvoir militaire ou usurpé, l'émeute ou les troubles civils prenant les proportions d'un soulèvement, d'un pouvoir militaire ou usurpé, ou équivalant à un tel soulèvement. La ***Guerre*** inclut aussi tous les actes visant à participer ou soutenir les belligérants actifs dans les hostilités.

GUERRE ACTIVE
La participation active à une ***Guerre*** par une ***Personne assurée***, durant laquelle il ou elle est réputé(e) être sous les ordres ou être employé(e) par les forces armées de tout pays.

INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE
Désigne une incapacité permanente, totale et irrémédiable qui empêche totalement une ***Personne assurée*** d'exercer une activité professionnelle pour laquelle elle est apte de par sa formation, son éducation ou son expérience et qui, selon toute probabilité, durera jusqu'à la fin de sa vie naturelle, tel que déterminé par un ***Médecin.***

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE
Période pendant laquelle une ***Personne assurée*** est temporairement mais totalement incapable de ***Travailler*** et est empêchée d'exercer une activité professionnelle pour laquelle elle est apte de par sa formation, son éducation ou son expérience, tel que déterminé par un ***Médecin.***

MÉDECIN
Désigne un médecin dûment qualifié, enregistré auprès des autorités locales et autorisé à exercer la médecine dans le pays de couverture. Il ne peut s'agir de la ***Personne assurée***, d'un parent de la ***Personne assurée*** ou de toute personne vivant avec la ***Personne assurée.***

MEURTRE
Désigne un homicide intentionnel (que ce soit avec préméditation ou non).

NOTE D'INFORMATION
Description de ce que couvre ou non la ***Police principale***, les conditions de la ***Police principale***, les droits et obligations de la ***Personne assurée***, la manière d'introduire un sinistre ou une réclamation, et d'autres informations importantes.

NOUS/NOS/NOTRE/ASSUREUR
Désigne Zurich Insurance Europe AG, succursale belge.

PARAPLÉGIE
Désigne la paralysie permanente, totale et irrémédiable des deux jambes au-dessous de la hanche, de la vessie et du rectum.

PÉRIODE D'ASSURANCE
Désigne la date mentionnée sur l'annexe de la ***Police principale*** dans laquelle les prestations d'assurance acceptées dans le cadre de la ***Police principale*** entre le ***Preneur d'assurance*** et ***Nous*** sont en vigueur.

PERSONNE ASSURÉE/RIDER
Désigne le coursier actif qui a un contrat avec le ***Preneur d'assurance*** et/ou les ***Sociétés affiliées*** au moyen d'un contrat de ***Rider*** valable et qui est en mesure d'accepter et exécuter des demandes de livraison en se connectant à l'App Deliveroo, fournie par le ***Preneur d'assurance*.**

PERTE D'AUDITION
Désigne la perte permanente, totale et irrémédiable de l'audition, qui a pour conséquence que la ***Personne assurée*** est considérée comme sourde d'une ou des deux oreilles.

PERTE DE LA PAROLE
Désigne la perte permanente, totale et irrémédiable de la capacité de parler.

PERTE DE LA VUE

La perte physique permanente, totale et irrémédiable d'un ou des deux yeux ou la perte permanente, totale et irrémédiable d'une partie substantielle de la vue de l'un ou des deux yeux. ***Nous*** considérons que la perte de la vue est substantielle si la perte de la vue restante dans un œil est évaluée à 3/60 ou moins sur l'échelle de Snellen après correction par des lunettes ou des lentilles de contact (A 3/60 sur l'échelle de Snellen, une personne peut voir à 1 mètre quelque chose qu'une personne qui n'a pas perdu la vue devrait pouvoir voir à 20 mètres).

PERTE D'UN MEMBRE

Désigne, dans le cas d'une jambe ou d'un membre inférieur :

- La perte par sectionnement physique permanent au niveau ou au-dessus de la cheville ; ou
- La perte permanente, totale et irrémédiable de l'usage d'une jambe ou d'un pied complet.

Dans le cas d'un bras ou d'un membre supérieur :

- La perte par sectionnement physique permanent des quatre doigts au niveau ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes (là où les doigts rejoignent la paume de la main) ; ou
- La perte permanente, totale et irrémédiable de l'usage d'un bras ou d'une main.

POLICE PRINCIPALE

La combinaison du présent document de ***Police principale*** (intitulé *« **Police principale** de Couverture collective des accidents personnels »)*, de l'annexe à la ***Police principale*** (intitulée *« **Police principale** - assurance collective accident »*), ainsi que de tout avenant joint à ce document.

QUADRIPLÉGIE

Désigne la paralysie permanente, totale et irrémédiable des deux bras sous l'épaule et des deux jambes sous la hanche.

REMPLAÇANT(E)

Désigne la personne approuvée par la ***Personne assurée***, qui réalise des livraisons Deliveroo pour le compte de la ***Personne assurée*** et qui répond aux obligations et critères du contrat de ***Rider*** conclu entre la ***Personne assurée*** et le ***Preneur d'assurance*** et/ou les ***Sociétés Affiliées***.

REVENU JOURNALIER BRUT

Il s'agit du montant que la ***Personne assurée*** reçoit du ***Preneur d'assurance*** et/ ou des ***Sociétés affiliées*** chaque jour dans le cadre des livraisons terminées.

RISQUES NUCLÉAIRES

Désigne les rayonnements ionisants ou la contamination par radioactivité provenant de tout combustible nucléaire ou de tout déchet nucléaire issu de la combustion de combustible nucléaire, ou les propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de tout assemblage nucléaire explosif ou de tout composant nucléaire de cet assemblage.

SOCIÉTÉS AFFILIÉES

Désigne les sociétés affiliées couvertes par la ***Police principale***, y compris Deliveroo Belgium BVBA et Deliveroo Ireland Limited.

TRAVAIL/TRAVAILLER

Désigne la ***Personne assurée*** sous contrat avec le ***Preneur d'assurance*** et/ou les ***Sociétés affiliées*** et qui est en mesure d'accepter et exécuter des demandes de livraison en se connectant à l'App Deliveroo, fournie par le ***Preneur d'assurance*.**

VOUS/VOTRE/VOS/PRENEUR D'ASSURANCE

Désigne le ***Preneur d'assurance*** et/ou ses **Société affiliées**, identifié(es) comme Deliveroo Belgium BVBA et Deliveroo Ireland Limited, dans l'annexe de la ***Police principale***, qui a conclu la police et a payé le montant total de la prime à **l'Assureur**.

Les obligations et les devoirs découlant du contrat reviennent au ***Preneur d'assurance***, à l'exception de ceux qui, de par leur nature, doivent être remplis par la ***Personne assurée*** Les prestations découlant du contrat d'assurance reviennent à la ***Personne assurée***

Il est expressément indiqué que l'obligation de payer la prime est assumée exclusivement par le ***Preneur d'assurance.***

Zurich Insurance Europe AG, branche belge
Da Vincilaan, 5
Building Caprese
1930 Zaventem
Tél. +32 (0) 2 639 55 11
Télécopie + 32 (0)2 639 55 66
http://www.zurich.com

TVA BE 882 245 682 RPM
Banque 310-0161724-14
IBAN : BE94 3100 1617 2414
BIC : BBRUBEBB
Compagnie d'assurance agréée sous le numéro FSMA 2079 pour les branches 1-4, 6-10A, 12-17 - (M.B. du 19-02-2007)

Zurich Insurance Europe AG est une société publique, enregistrée en Allemagne sous le numéro 133359 et réglementée par l'Autorité fédérale de surveillance financière (BaFin). Siège social : Platz der Einheit 2, 60327 Francfort-sur-le-Main