

Assurance incapacité de travail

Document d'information sur le produit d'assurance



Compagnie :

P&V Assurances, dont P&V est une marque
SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE - BELGIQUE - BNB N° 58

Produit :

**P&V Assurance Revenu Garanti –
Chiffre d'affaires et frais**

Disclaimer: Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales garanties et exclusions relatives à cette assurance. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toutes informations complémentaires concernant les droits et obligations de l'entreprise d'assurance et de l'assuré, veuillez consulter les Conditions Générales et/ou Particulières relatives au produit d'assurance choisi.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Il s'agit d'une assurance qui, en cas d'incapacité de travail du dirigeant d'entreprise ou du gérant indépendant à la suite d'une maladie ou d'un accident, verse une rente mensuelle au preneur d'assurance. En outre, la prime est remboursée mensuellement au preneur d'assurance pendant la durée de l'incapacité de travail.

La rente et la prime sont payées en fonction du degré d'incapacité de travail.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Si l'assurance est souscrite par une personne morale, étant elle-même bénéficiaire, sur la tête du dirigeant d'entreprise, la prestation porte sur la perte de **chiffre d'affaires**, y compris certains frais fixes pour la gestion de l'entreprise.

Si l'assurance est souscrite par une personne physique en tant qu'indépendant, étant elle-même bénéficiaire, la prestation porte sur la perte de revenus nécessaires pour certains **frais** fixes pour la gestion de l'entreprise.

Il s'agit d'une incapacité de travail à la suite :

- ✓ d'une maladie
- ✓ d'un accident (facultatif)

Pour les salariés, il s'agit uniquement des accidents de la vie privée.

✓ d'une grossesse et d'un accouchement

En cas d'incapacité de travail totale ou partielle de l'assurée à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, plus de trois mois après l'accouchement, la garantie est octroyée à partir du 4^e mois suivant l'accouchement.

Une grossesse pathologique est immédiatement couverte après l'expiration du délai de carence.

✓ La liste des **affections psychiques** suivante relève de la garantie si le diagnostic a été posé par un psychiatre agréé en Belgique :

- trouble bipolaire
- trouble psychotique
- schizophrénie
- trouble dissociatif
- trouble obsessionnel compulsif
- anorexie
- boulimie mentale

✓ Facultatif : extension avec indemnité pour incapacité **physiologique**



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

L'incapacité de travail née, favorisée ou aggravée par :

- ✗ une tentative de suicide ;
- ✗ des affections subjectives sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- ✗ la manipulation d'armes ou d'explosifs ;
- ✗ l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, la dépendance ou toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- ✗ des interventions esthétiques ;
- ✗ une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- ✗ des travaux à une hauteur de plus de 15 mètres ;
- ✗ la guerre ou une situation y assimilée ;
- ✗ la participation active à une émeute ou à des actes de violence ;
- ✗ des actes délibérés et une faute grave.



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

Toutes les modalités (telles que notamment le délai de carence, le type de garantie, le type de rente) et les montants assurés sont fixés dans les Conditions Particulières.

Les activités décrites ci-dessous ne sont garanties que s'il en est fait mention expresse dans les Conditions Particulières :

- Les activités professionnelles dangereuses
- L'usage d'aéronefs, sauf les voyages entrepris comme passager payant
- La pratique rémunérée d'une discipline sportive quelconque
- La pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux
- L'usage de tout véhicule participant à des épreuves, compétitions ou manifestations sportives ou à leur préparation



Y a-t-il des restrictions à la couverture ?

- ! Le degré d'incapacité de travail doit s'élever au moins à 25%. Un degré d'incapacité de travail de 67% ou plus est assimilé à 100%.
- Si l'on a opté pour un versement de la rente « uniquement en cas d'incapacité de travail totale », le degré d'incapacité de travail doit s'élever au moins à 67%.
- ! Le délai de carence dont la durée est fixée dans les Conditions Particulières doit être écoulé.
- ! En cas d'incapacité de travail suite à
 - une dépression ou une affection psychique autre que celles énumérées ci-dessus et dont l'existence réelle de l'affection et de l'incapacité de travail est claire et reconnue
 - un SFC (syndrome de fatigue chronique), une fibromyalgie ou un burn-out
- ! les dispositions suivantes s'appliquent : la prestation assurée est octroyée pendant une période, interrompue ou non, de 730 jours calendrier maximum, additionnés de façon cumulative sur la durée du contrat. La période de 730 jours est prolongée à concurrence des périodes de séjour en hôpital psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général. La période de 730 jours s'applique une seule fois sur la durée complète du contrat. Un délai de carence de 3 mois vaut pour l'affection du burn-out.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie s'applique dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

- Toutes les données et circonstances connues du preneur d'assurance ou de l'assuré et dont on peut raisonnablement penser qu'elles influencent l'évaluation du risque doivent être communiquées lors de la souscription de l'assurance.
- En cours d'assurance, le preneur d'assurance est tenu de signaler préalablement à la compagnie notamment :
 - si la profession ou les activités professionnelles de l'assuré changent
 - si le revenu de l'assuré change
 - si le statut de sécurité sociale de l'assuré change
 - si la contribution du dirigeant d'entreprise ou du gérant au chiffre d'affaires ou aux revenus de l'entreprise change
- Toute incapacité de travail susceptible de donner lieu à une intervention doit être déclarée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent le début de la maladie ou l'accident.
- En cas d'incapacité de travail à l'étranger, l'assuré doit, à la demande de l'assureur, se présenter pour un examen médical chez un médecin désigné par l'assureur en Belgique. Les dépenses spécifiques qui en résultent sont à la charge de l'assuré.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le preneur d'assurance a l'obligation de payer chaque année la prime et reçoit à cet effet une invitation à payer. Un paiement fractionné de la prime est possible à certaines conditions et des frais supplémentaires peuvent y être liés.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de début et la durée de l'assurance sont indiquées dans le contrat. En cas de décès ou de mise à la retraite de l'assuré, la couverture prend immédiatement fin.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat d'assurance au moins trois mois avant l'échéance annuelle, par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre un accusé de réception.