



Conditions générales

P&V

Assurances complémentaires Incapacité de travail

Restitution de prime en cas d'incapacité de travail
Revenu garanti

REF. E003 (05.2024)



Table des matières

Table des matières	2
Chapitre 1. Définitions.....	3
Chapitre 2. Éléments du présent contrat d'assurance.....	4
Chapitre 3. But et prestations assurées du contrat d'assurance	4
Article 1 – But.....	4
Article 2 – Prestations assurées.....	4
Article 3 – Limitations de la garantie	6
Article 4 – Extensions de la garantie.....	7
Article 5 – Terrorisme	8
Chapitre 4. Droits et obligations des parties	9
Article 6 – Déclarations relatives au risque	9
Article 7 – Paiement de prime.....	10
Article 8 – Règlement de sinistres.....	10
Article 9 – Notifications	11
Chapitre 5. Déroulement du contrat d'assurance	11
Article 10 – Modification du tarif et/ou des conditions	11
Article 11 – Début, durée et fin de l'assurance complémentaire.....	11
Chapitre 6. Dispositions générales	12
Article 12 – Fiscalité	12
Article 13 – Loi applicable et juridictions compétentes.....	12
Mentions légales.....	13



P&V Assurances complémentaires incapacité de travail

Chapitre I. Définitions

Incapacité de travail

L'incapacité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle résultant de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré. L'incapacité de travail est établie par décision médicale.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui conclut l'assurance et qui est mentionnée dans les Conditions Particulières.

Assuré

La personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'incapacité de travail et qui est mentionnée dans les Conditions Particulières.

Bénéficiaire(s)

La personne physique et/ou morale qui a/ont droit aux prestations assurées.

Compagnie

P&V Assurances sc, établie en Belgique, 1210 Bruxelles, rue Royale 151.

Maladie

Toute atteinte à la santé de l'assuré autre que celle provenant d'un accident et constatée par un médecin pouvant légalement exercer sa profession en Belgique.

Les développements pathologiques consécutifs à une grossesse sur la base d'un certificat médical, et comme décrits dans le présent contrat d'assurance, sont assimilés à une maladie. Le cours normal d'une grossesse et un accouchement, ainsi que le congé de maternité, ne sont pas considérés comme une maladie et ne donnent pas droit à une prestation d'assurance.

Accident

Tout événement soudain et accidentel, indépendant de la volonté de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence une lésion corporelle à faire constater par un médecin et dont la cause ou une des causes se situent en dehors de l'organisme de l'assuré.

Délai de carence

La période qui commence le jour fixé par un médecin comme début de l'incapacité de travail et dont la durée est définie dans les Conditions Particulières. Pendant cette période, les prestations assurées ne sont pas dues par la compagnie.

Affections préexistantes

La diminution de l'intégrité physique ou psychique à la suite d'accidents, de maladies et d'affections qui se sont produits avant la date de prise d'effet du contrat ou la date de prise d'effet d'une majoration ou d'une extension ultérieure du contrat et que l'assuré n'a pas signalés, ou n'a pas signalés de manière exhaustive.



Chapitre 2. Éléments du présent contrat d'assurance

Le contrat d'assurance se compose des présentes Conditions Générales, des Conditions Générales de l'assurance principale et des Conditions Particulières (y compris les éventuels avenants et annexes).

Les Conditions Générales de l'assurance principale s'appliquent à l'assurance complémentaire pour autant que les clauses de l'assurance complémentaire n'y dérogent pas.

Ces documents forment un tout et doivent être lus ensemble, mais en cas de contradiction, les Conditions Particulières prévalent.

Chapitre 3. But et prestations assurées du contrat d'assurance

Article 1 – But

Le présent contrat d'assurance complémentaire garantit le paiement des prestations définies dans les Conditions Particulières selon les modalités y déterminées, lorsque l'assuré est touché par une incapacité de travail causée par une maladie et/ou un accident.

La présente assurance complémentaire a pour but d'indemniser, en ce qui concerne la garantie Rente en cas d'incapacité de travail, une perte des revenus professionnels à la suite de l'incapacité de travail de l'assuré.

Article 2 – Prestations assurées

Les prestations assurées dépendent des garanties choisies, du délai de carence, du type de garantie, du type de rente, et du degré d'incapacité de travail.

Toutes les modalités et tous les montants sont définis dans les Conditions Particulières. En cas de burn-out, le délai d'attente mentionné à l'article 4.2 est d'application.

La compagnie tient compte du montant maximal à assurer tel que prévu par la législation fiscale belge.

2.1. Garanties

Restitution de prime en cas d'incapacité de travail

La compagnie s'engage à procéder à la restitution de prime assurée dans les Conditions Particulières proportionnellement au degré d'incapacité de travail, notamment

- la prime périodique pour l'assurance principale,
- la prime pour l'éventuelle assurance complémentaire « Accidents » et
- la prime pour l'éventuelle assurance complémentaire « Affections graves »,

lorsque l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu.

Le preneur d'assurance est le bénéficiaire du remboursement de la prime.

Parallèlement à l'entrée en vigueur de la prestation assurée, le preneur d'assurance acquiert également le droit au remboursement proportionnel au degré d'incapacité de travail de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

Rente en cas d'incapacité de travail

La compagnie verse la rente annuelle prévue dans les Conditions Particulières si l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail garantie. La rente annuelle est payable mensuellement, proportionnellement au degré d'incapacité de travail, après l'expiration du délai de carence.

Le bénéficiaire de la rente annuelle est le preneur d'assurance.

Parallèlement à l'entrée en vigueur de la prestation assurée, le preneur d'assurance acquiert également le droit au remboursement proportionnel au degré d'incapacité de travail de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

2.2. Délai de carence

Pour chaque période d'incapacité de travail couverte, il est prévu un délai de carence dont la durée est déterminée dans les Conditions Particulières. Si, pendant le délai de carence ou au cours du versement d'une prestation assurée, une incapacité de travail supplémentaire survient à la suite d'une autre cause, la compagnie applique un nouveau délai de carence pour la prestation assurée supplémentaire.

Les Conditions Particulières peuvent mentionner que le délai de carence n'est pas maintenu à partir de 60 ans si l'incapacité de travail résulte d'une maladie. Dans ce cas, le délai de carence s'élève toujours à 365 jours à partir de l'âge de 60 ans.



Si le preneur d'assurance a opté pour une « transformation du délai de carence », la prestation intervient dès le premier jour de l'incapacité de travail à condition que l'incapacité de travail se prolonge sur une période ininterrompue plus longue que le nombre de jours mentionné dans les Conditions Particulières. Selon le choix du preneur d'assurance, la couverture du délai de carence peut être appliquée :

- soit en cas d'incapacité de travail totale à la suite d'une maladie ou d'un accident;
- soit en cas d'incapacité de travail totale ou partielle à la suite d'un accident.

Aucun nouveau délai de carence ne sera appliqué :

- en cas de rechute si, dans les 3 mois suivant la fin d'une incapacité de travail garantie, une nouvelle incapacité de travail garantie due à la même maladie ou au même accident survient chez l'assuré ;
- en cas de retrait de matériel d'ostéosynthèse ; à savoir des outils mécaniques tels que des vis, plaques, boulons ou fils métalliques permettant de réunir des fragments d'un os fracturé.

Si le preneur d'assurance a choisi de combiner plusieurs délais de carence dans un seul contrat, une rente est fixée par délai de carence. Par contrat, il convient de choisir un seul type de garantie et un seul type de rente.

2.3. Type de garantie

Le type de garantie indique au titre de quelle cause d'incapacité de travail les prestations assurées sont versées :

- soit pour cause de maladie et d'accident
- soit pour maladie.

2.4. Type de rente

Le type de rente choisi est :

- soit une **rente constante** :
la rente et la prime mentionnées dans les Conditions Particulières restent inchangées pendant toute la durée de l'assurance.
- soit une **rente croissante** :
la rente mentionnée dans les Conditions Particulières augmentera chaque année du pourcentage mentionné dans les Conditions Particulières à partir du 366^e jour d'incapacité de travail garantie. L'augmentation est toujours calculée sur le montant précédent. Après l'arrêt de la prestation, la rente sera ramenée au montant de base prévu contractuellement. La prime reste la même.
Si, au cours du versement d'une prestation assurée, une autre incapacité de travail garantie survient à la suite d'une autre cause, la rente correspondante est calculée sur le montant de base contractuellement prévu.
- soit une **rente croissante idéale** :
la rente et la prime mentionnées dans les Conditions Particulières augmentent chaque année à concurrence du pourcentage mentionné dans les Conditions Particulières et ce, pendant toute la durée du contrat, donc tant avant que pendant et après l'incapacité de travail. L'augmentation est toujours calculée par rapport au montant de base contractuellement prévu.

2.5. Degré d'incapacité de travail

Pour obtenir et conserver le droit aux prestations assurées, l'incapacité de travail doit atteindre au moins 25%.

Le degré d'incapacité de travail détermine le montant de la prestation assurée :

- au moins 67% : le montant de la prestation assurée est égal à 100% de la rente annuelle assurée et du montant de la prime à rembourser ;
- au moins 25%, mais moins de 67% : le montant de la prestation assurée est égal au pourcentage fixé de l'incapacité de travail appliquée à la rente annuelle assurée et au montant de la prime à rembourser ;
- moins de 25% : il n'y a aucun droit à la prestation assurée.

Si le preneur d'assurance a choisi un versement " uniquement en cas d'incapacité de travail totale ", les prestations assurées ne sont versées qu'en cas de degré d'incapacité de travail égal ou supérieur à 67%.

Détermination du degré d'incapacité de travail

Le degré d'incapacité de travail est déterminé par le médecin-conseil de la compagnie, durant la première année d'incapacité de travail proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'assuré pour l'exercice des activités professionnelles de l'assuré mentionnées dans les Conditions Particulières.

À partir de la deuxième année, le degré d'incapacité de travail sera déterminé uniquement proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'assuré pour l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle correspondant à ses connaissances et ses aptitudes. Il est tout à fait indépendant de tout autre critère économique.

Extension de garantie

Les Conditions Particulières mentionnent une éventuelle extension du degré d'incapacité de travail avec le degré d'incapacité physiologique. Même si cette extension a été choisie, l'objectif de l'assurance reste d'indemniser une perte de revenus professionnels. La référence à l'incapacité physiologique sert uniquement à déterminer le montant de l'allocation à octroyer :



le montant de la prestation assurée est alors déterminé sur la base du degré le plus élevé, soit du degré d'incapacité de travail, soit du degré d'incapacité physiologique.

Le degré de l'incapacité physiologique ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il est déterminé par décision médicale conformément au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Le degré d'incapacité de travail doit s'élever à au moins 25% pour avoir droit à la prestation assurée et pour conserver ce droit. Cette extension relative au degré d'incapacité physiologique ne peut s'appliquer qu'à ce moment-là.

2.6. Versement des prestations assurées

Lorsqu'une prestation est réclamée, on vérifie si la rente annuelle assurée ne dépasse pas le montant maximal à assurer, tel que prévu par la législation fiscale belge. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

En cas de réduction de la rente annuelle lors d'un sinistre, la compagnie rembourse au preneur d'assurance la partie de la prime que ce dernier a payée en trop et ce, pendant au maximum une période d'un an précédent le mois durant lequel il a été établi que la rente assurée était trop élevée.

Si la rente annuelle assurée est inférieure à la rente annuelle maximale, la prestation est de toute façon fixée sur la base de cette rente annuelle assurée.

Dès que l'incapacité de travail atteint 67%, le bénéficiaire recevra par journée d'incapacité de travail, 1/365 de la prestation assurée. Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67%, la prestation versée est proportionnelle au degré d'incapacité de travail.

La rente est payable mensuellement, et pour la première fois 30 jours après l'expiration du délai de carence. La prestation prend fin avec un règlement au prorata en fonction du nombre de jours calendrier donnant droit à une prestation à la fin de la période d'incapacité de travail, et au plus tard à la fin de la période d'assurance ou lors de l'annulation du contrat.

En tout cas, le droit aux prestations n'est plus acquis dès que l'assuré reçoit une pension légale, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

2.7. Formalités médicales et financières

Dans le cadre de l'acceptation de l'assurance incapacité de travail, une politique d'acceptation qui prescrit des formalités médicales et financières à accomplir par l'assuré a été élaborée.

Lors de la souscription ou de modifications ultérieures, l'acceptation des prestations peut dépendre du résultat de ces formalités financières et médicales.

Sur la base du résultat des formalités médicales, la compagnie peut imputer une surprime et/ou exclure certaines affections ou refuser entièrement le risque. Un éventuel examen médical réalisé par un médecin a lieu aux frais de la compagnie, sauf si le preneur d'assurance met fin à la souscription ou aux modifications. Les dépenses spécifiques (telles que les frais de déplacement) qui en résultent sont à la charge de l'assuré.

2.8. Validité territoriale

La garantie vaut dans le monde entier, à condition que l'assuré ait sa résidence principale en Belgique et soit affilié à la sécurité sociale belge. Lorsque l'assuré établit définitivement sa résidence principale légale à l'étranger, la compagnie peut résilier l'assurance.

Au début de l'incapacité de travail, la condition susmentionnée doit être remplie. Au cours de l'incapacité de travail, la garantie à l'étranger n'est acquise que pour autant que la compagnie puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. À la demande de la compagnie, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

Les dépenses spécifiques (telles que les frais de déplacement) qui en résultent sont à la charge de l'assuré.

Article 3 – Limitations de la garantie

3.1. Risques exclus

I. Ne sont pas comprises dans la garantie les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il y a un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.



2. Ne sont pas non plus comprises dans la garantie les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par :
- des affections préexistantes ;
 - toute tentative de suicide de l'assuré ;
 - des affections subjectives sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
 - des affections psychiques, à l'exception des dispositions de l'article 4.2 ;
 - des interventions esthétiques, de quelque nature que ce soit ;
 - une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
 - la guerre ou une situation y assimilée ;
 - une émeute ou des actes de violence (directement ou indirectement), sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
 - la manipulation d'armes ou d'explosifs, ou la participation à des activités militaires ;
 - l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
 - des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

3.2. Risques exclus, sauf mention contraire dans les Conditions Particulières

Sauf en cas de stipulation expresse dans les Conditions Particulières, sont également exclues les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par :

1. des activités professionnelles manifestement dangereuses, **comme mais sans s'y limiter**, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs, l'utilisation de machines dangereuses et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
2. l'utilisation d'aéronefs à bord desquels l'assuré a embarqué en tant que passager, s'il s'agit d'un appareil :
 - non autorisé à transporter des personnes ou des biens ;
 - d'une armée de l'air, le décès étant toutefois couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
 - qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours ;
 - qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
 - qui effectue des vols d'essai ;
 - du type " ultra léger motorisé ".
3. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
4. la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, **comme mais sans s'y limiter** : l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, les sports de chasse ;
5. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

Article 4 – Extensions de la garantie

4.1. Grossesse et accouchement

Si l'assurée devient, à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, totalement ou partiellement inapte pour des raisons physiques ou psychiques à exercer ses activités professionnelles pendant plus de 3 mois après l'accouchement, la compagnie attribue la garantie à partir du quatrième mois après l'accouchement.

Une grossesse pathologique est cependant immédiatement couverte, après l'expiration du délai de carence, pour autant que l'arrêt ou la diminution de travail ne soit pas consécutif à des activités malsaines.

Une grossesse pathologique signifie qu'il y a des complications de la grossesse, tant dans le chef de l'assurée que dans celui de son fœtus, résultant d'une situation pathologique ou anormale.

Des activités malsaines sont des activités impliquant l'exposition à un risque professionnel engendrant un risque, potentiel ou non, pour la mère et/ou le fœtus, tels que reconnus par les dispositions légales concernant la protection de la maternité. Ces activités comprennent les activités avec des substances chimiques, des agents infectieux, des rayonnements ionisants, des cytostatiques (comme des moyens de lutte contre le cancer), les activités nécessitant de soulever des charges, les activités dans des températures élevées et les activités impliquant du travail de nuit.

4.2. Affections psychiques, burn-out, SFC et fibromyalgie

Les affections psychiques sont des affections relevant du domaine de la psychiatrie et dont le diagnostic a été constaté à l'aide de symptômes objectifs, établis de façon incontestable par un psychiatre agréé en Belgique et qui satisfont aux critères prévus dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) ou ses versions ultérieures.

Les affections suivantes sont garanties : trouble bipolaire, trouble psychotique, schizophrénie, trouble dissociatif, trouble obsessionnel compulsif, anorexie nerveuse, boulimie nerveuse.



En cas d'incapacité de travail résultant d'une dépression ou d'une autre affection psychique que celles énumérées ci-dessus, la prestation assurée est octroyée pendant une période maximale interrompue ou non de 730 jours calendrier, à condition que l'existence réelle de l'affection et de l'incapacité de travail soit claire et reconnue.

Cette période de 730 jours calendrier et la condition de reconnaissance s'appliquent également en cas d'incapacité de travail résultant d'un burn-out, d'un syndrome de fatigue chronique (SFC) et de fibromyalgie. L'étendue de l'affection ainsi que l'incapacité de travail qui en découle doivent être démontrées au moyen d'un rapport médical faisant état du diagnostic, de la description des symptômes, des examens spécialisés et des résultats d'éventuels examens techniques réalisés par un médecin spécialiste et/ou un expert en la matière agréé(s) en Belgique.

Un délai d'attente de 3 mois vaut pour l'affection du burn-out. Pendant cette période, qui prend cours à la date de prise d'effet de la garantie, aucun droit à prestation ne peut être ouvert.

La période de 730 jours calendrier est prolongée des périodes de séjour en hôpital psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général qui auraient lieu avant l'échéance de la période de 730 jours calendrier. La période de 730 jours calendrier ne peut s'appliquer qu'une seule fois sur toute la durée du contrat, qu'il s'agisse d'une nouvelle incapacité de travail ou de la prolongation d'une incapacité de travail existante, et ne prend effet qu'après échéance du délai de carence.

La compagnie se réserve le droit de désigner, en fonction de l'affection, un médecin spécialiste et/ou un expert en la matière agréé(s) en Belgique.

Article 5 – Terrorisme

Les dommages causés par le terrorisme sont assurés conformément à la loi du 1^{er} avril 2007. La compagnie est membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Dans le cadre de cette loi, un comité chargé de la reconnaissance des sinistres et de la constatation des dédommagements à verser a été institué. Pour l'ensemble de nos engagements souscrits à l'égard de tous nos assurés, nous couvrons, conformément aux dispositions de cette loi, avec toutes les autres compagnies qui sont membres de l'asbl TRIP et avec l'État belge, les sinistres reconnus par ledit comité à concurrence d'un montant d'un milliard d'euros par année civile. Ce montant est adapté au 1^{er} janvier de chaque année à l'indice des prix à la consommation, l'indice de décembre 2005 étant l'indice de base.

Les dommages causés par les armes nucléaires sont toujours exclus de la couverture.

Par terrorisme, on entend : une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attenant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Prévention du financement du terrorisme – Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme

L'arrêté royal du 28 décembre 2006 interdit à quiconque de mettre directement ou indirectement des fonds ou des ressources économiques à la disposition des personnes et entités reprises sur la Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme et exige que les institutions financières gèlent ces fonds ou ressources économiques. Sans préjudice des règles applicables en matière de communication d'informations, de confidentialité et de secret professionnel, les institutions financières sont tenues de fournir immédiatement toute information concernant des fonds et ressources économiques gelés, au ministre des Finances.



Chapitre 4. Droits et obligations des parties

Article 6 – Déclarations relatives au risque

6.1. Déclarations lors de la souscription de l'assurance complémentaire

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de déclarer avec précision toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appreciation du risque par la compagnie. Il s'agit entre autres de toutes les particularités dans le cadre de l'état de santé, du statut social, des revenus professionnels, des activités professionnelles et des activités de loisirs.

Si des garanties similaires sont assurées auprès d'autres compagnies, le preneur d'assurance est tenu de le signaler à la compagnie.

6.2. Incontestabilité

Dès qu'un délai de 2 ans s'est écoulé, à compter de la prise d'effet de l'assurance, la compagnie ne peut plus invoquer l'omission non intentionnelle ou la communication non intentionnelle de données erronées par le preneur d'assurance ou par l'assuré :

- si ces données ont trait à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription de l'assurance et si cette maladie ou affection n'a pas été diagnostiquée durant ce même délai de 2 ans ;
- si ces données ont trait à une maladie ou une affection qui, au moment de la souscription de l'assurance, ne s'était manifestée d'aucune façon.

6.3. Omission intentionnelle ou communication intentionnelle de données erronées

Lorsque l'omission intentionnelle ou la communication intentionnelle de données erronées induit la compagnie en erreur dans l'appreciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission intentionnelle ou de la communication intentionnelle de données erronées lui sont dues.

6.4. Omission non intentionnelle ou communication non intentionnelle de données erronées

Dans un délai d'un mois à compter du jour où la compagnie a eu connaissance de l'omission non intentionnelle imputable ou de la communication non intentionnelle imputable de données erronées, la compagnie peut :

- résilier l'assurance, si elle fournit la preuve qu'elle n'aurait jamais assuré le risque ;
- proposer de modifier l'assurance avec effet le jour où elle a eu connaissance de ces données.

Si le preneur d'assurance/l'assuré refuse ou n'accepte pas la proposition de modification dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, la compagnie peut résilier l'assurance dans les 15 jours.

Si un sinistre survient avant l'entrée en vigueur de la résiliation ou de la modification de l'assurance, la compagnie a le droit de limiter sa prestation :

- au montant égal à toutes les primes payées si la compagnie n'aurait jamais assuré le risque ;
- en fonction du rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait communiqué correctement le risque.

6.5. Déclarations au cours de l'assurance complémentaire

Le preneur d'assurance et l'assuré sont tenus d'informer la compagnie par écrit, au préalable et au plus tard dans les 30 jours :

- de toute modification ou cessation de la profession et/ou des activités professionnelles ;
- d'une modification du statut social ;
- d'une modification des activités de loisirs ;
- d'une baisse des revenus professionnels ;
- de l'existence d'une assurance similaire reposant sur la tête de l'assuré ;
- d'un changement de la résidence légale vers l'étranger ;
- pour l'assurance Revenu garanti - Chiffre d'affaires & frais : d'une modification de la contribution de l'assuré dans le chiffre d'affaires ou dans les revenus nécessaires à l'exploitation.

Dans un délai d'un mois à compter du jour où la compagnie a eu connaissance de telles données à communiquer, la compagnie peut :

- résilier l'assurance, si elle fournit la preuve qu'elle n'aurait jamais assuré le risque ;
- proposer de modifier l'assurance avec effet le jour où elle a eu connaissance de ces données si celles-ci ont une influence significative sur le risque et/ou sur les frais ou l'étendue de la couverture accordée.

Dans ce cas, la compagnie peut adapter proportionnellement et raisonnablement la prime, le délai de carence et les conditions de couverture. Si le preneur d'assurance/l'assuré refuse ou n'accepte pas la proposition de modification dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, la compagnie peut résilier l'assurance dans les 15 jours.



Une modification ne s'applique que si elle a été confirmée par un avenant de la compagnie.

Si un sinistre survient et que le preneur d'assurance n'a pas respecté une communication obligatoire, ce qui peut lui être reproché, la compagnie a le droit de limiter sa prestation :

- au montant égal à toutes les primes payées si la compagnie n'aurait jamais assuré le risque ;
- en fonction du rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait communiqué correctement le risque.

Si le preneur d'assurance a agi avec une intention frauduleuse, la compagnie peut refuser sa couverture. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a pris connaissance de la dissimulation lui sont acquises à titre de dédommagement.

Article 7 – Paiement de prime

7.1. Paiement de prime

La prime des assurances complémentaires est due en même temps que la prime de l'assurance principale. Le paiement de la prime vaudra acceptation des Conditions Générales et Particulières.

Le preneur d'assurance a le droit, à tout moment et indépendamment de l'assurance vie, de mettre fin au paiement de la prime de l'assurance (des assurances) complémentaire(s).

7.2. Non-paiement de la prime

En cas de non-paiement de la prime des assurances complémentaires, il peut être mis fin aux assurances complémentaires par la compagnie de pension. Cette résiliation ne produira ses effets qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée par la compagnie au preneur d'assurance. Cette mise en demeure rappelle au preneur d'assurance l'échéance de la prime, le montant de la prime et les conséquences du non-paiement de la prime dans le délai imparti.

7.3. Remise en vigueur

En cas de résiliation de l'assurance complémentaire, le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat d'assurance

- après avoir adressé une lettre datée et signée à la compagnie dans les six mois suivant la date d'arrêt de l'assurance et
- moyennant le paiement des primes arriérées.

La remise en vigueur d'une assurance complémentaire dépend des conditions d'acceptation médicales et financières applicables à ce moment et s'opère toujours suivant la sélection de risque en vigueur à ce moment. Les frais d'un éventuel examen médical sont à la charge du preneur d'assurance.

Article 8 – Règlement de sinistres

La prestation d'assurance due est déterminée définitivement et pour toute la durée du sinistre par les conditions contractuelles en vigueur à la date du début de l'incapacité de travail.

Si l'assurance est prolongée, la période couverte pour un sinistre qui existait au moment de cette prolongation n'est pas prolongée.

8.1. Déclaration

L'assuré, le preneur d'assurance ou toute autre personne ayant intérêt au règlement de l'indemnité doit déclarer à la compagnie dans les 30 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail, et dans tous les cas, aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible de le faire, toute maladie ou accident ayant causé ou étant susceptible de causer une incapacité de travail. Si la garantie comprend la transformation du délai de carence, la déclaration devra intervenir dans les 8 jours.

La déclaration se fait au moyen du formulaire de déclaration que la compagnie met à disposition à cet effet.

La déclaration sera encore acceptée si, pour un motif valable, elle est faite tardivement, mais au plus tard un an après le début de l'incapacité de travail. Si la compagnie fournit la preuve qu'elle a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive (au plus tard un an après le début de l'incapacité de travail), le délai de carence prendra seulement cours le jour où la compagnie a effectivement été avertie de la maladie ou de l'accident.

8.2. Détermination des indemnités

L'indemnité et la période pour laquelle elle est allouée sont fixées et communiquées à l'assuré sur la base des données médicales et factuelles mises à la disposition de la compagnie. À la demande de la compagnie, l'assuré fournira les pièces justificatives requises de ses revenus professionnels pendant les trois dernières années civiles.

L'assuré est réputé accepter ces bases comme étant exactes à moins qu'il ne fasse connaître ses objections motivées dans les 30 jours après avoir pris connaissance de la communication faite par la compagnie.

À tout moment, tant l'assuré que la compagnie ont le droit de demander une révision du degré d'incapacité de travail.



Le degré d'incapacité de travail obtenu est diminué de l'incapacité de travail existante pour autant qu'elle n'ait pas encore été prise en compte au moment de la souscription ou de la prolongation de l'assurance ou pour autant qu'elle soit la conséquence d'un risque exclu.

8.3. Suivi médical

L'assuré invitera le médecin qu'il aura choisi, chaque fois que cela s'avérera nécessaire, à lui fournir les rapports médicaux nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance.

De plus, la compagnie est autorisée à réunir toutes les informations auprès de l'assuré et à prendre les mesures de contrôle qu'elle juge nécessaires. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'assuré pour se présenter à l'examen du médecin-conseil de la compagnie, même si l'assuré doit pour cela être hospitalisé dans un établissement médical désigné par la compagnie. Les frais de cet examen sont à charge de la compagnie. Les dépenses spécifiques (telles que les frais de déplacement) qui en résultent sont à la charge de l'assuré.

La compagnie devra être avertie immédiatement, dès que possible, de tout changement dans l'état de l'assuré. Cette déclaration devra être confirmée par un certificat médical, à fournir au médecin-conseil de la compagnie.

8.4. Traitements médicaux

L'assuré doit suivre tous les traitements médicaux et les prescriptions médicales appropriés et raisonnablement justifiés qui peuvent permettre ou accélérer sa guérison, et s'abstenir de tout ce qui peut aggraver les conséquences du sinistre.

8.5. Conséquences du non-respect des obligations dans le cadre d'un sinistre

Si l'assuré ou le preneur d'assurance ne respecte pas les obligations contractuelles qui lui sont imposées dans les paragraphes précédents de l'article 8, la compagnie peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté ces obligations contractuelles dans une intention frauduleuse, la compagnie peut refuser sa couverture et résilier l'assurance avec effet immédiat.

La compagnie est autorisée à réclamer le remboursement des prestations versées indûment et des frais exposés.

8.6. Contestation médicale

Les litiges portant sur les aspects médicaux peuvent, moyennant commun accord, être tranchés par une expertise médicale à l'amiable où les deux parties désignent leur propre médecin.

Le troisième médecin désigné par ces deux médecins n'interviendra que faute d'accord entre les premiers. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par ses soins.

Les honoraires et les frais du troisième médecin ou des examens spécialisés sont supportés par moitié par chacune des parties.

Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écartez des dispositions du contrat d'assurance et de ses avenants, puisque les décisions sont contraignantes et irrévocables.

Article 9 – Notifications

Les notifications à adresser au preneur d'assurance et à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse communiquée à la compagnie.

Toute notification envoyée par une partie à l'autre partie est considérée comme effective à la date de dépôt à la poste.

Chapitre 5. Déroulement du contrat d'assurance

Article 10 – Modification du tarif et/ou des conditions

La compagnie se réserve le droit, dans la mesure où la loi l'autorise, de modifier son tarif et/ou ses conditions contractuelles au cours du contrat d'assurance.

Si la compagnie modifie son tarif et/ou ses conditions contractuelles, elle procédera à l'adaptation du contrat d'assurance à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins 4 mois avant cette échéance. Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat d'assurance dans les 30 jours suivant la notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat d'assurance dans une période de 3 mois suivant la notification.

La possibilité de résiliation ne s'applique pas si la modification du tarif et/ou des conditions contractuelles résultent de la décision des autorités compétentes qui s'applique à toutes les compagnies.

Article 11 – Début, durée et fin de l'assurance complémentaire



I1.1. Début de l'assurance complémentaire

La prise d'effet de l'assurance complémentaire est déterminée dans les Conditions Particulières.

Les garanties n'entrent en vigueur qu'après le paiement de la première prime.

I1.2. Durée de l'assurance complémentaire

L'assurance complémentaire est conclue jusqu'à la date d'expiration visée aux Conditions Particulières.

I1.3. Fin de l'assurance complémentaire

Fin par résiliation

- Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance complémentaire à tout moment indépendamment de l'assurance principale conformément aux dispositions légales ou en cas de modification des conditions et/ou du tarif conformément à l'article 10.
- La compagnie peut résilier l'assurance :
 - o en cas de non-paiement de la prime, comme déterminé à l'article 7 ;
 - o lorsque l'assuré a établi sa résidence légale à l'étranger, comme déterminé à l'article 2 ;
 - o en cas d'omission non intentionnelle ou de communication non intentionnelle de données erronées ; en cas d'aggravation du risque non assurable ; en cas de refus ou de non-acceptation de la modification proposée par la compagnie, comme déterminé à l'article 6 ;
 - o en cas de non-respect des obligations citées à l'article 8 dans une intention frauduleuse.

La résiliation doit se faire par lettre recommandée et prend effet à l'expiration d'un délai d'au moins 30 jours à compter du lendemain de la remise à la poste d'une lettre recommandée.

Fin de plein droit

L'assurance se termine de plein droit :

- en cas de décès de l'assuré ;
- à la date d'échéance mentionnée dans les Conditions Particulières ;
- à l'âge de la pension de l'assuré et au plus tard lors de la mise à la retraite légale ;
- lorsque l'assuré a cessé l'exercice d'une profession, pour autant que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une incapacité de travail indemnisée ;
- au cas où le preneur d'assurance cesse d'exister en tant que personne morale, sans reprise des droits et obligations par un tiers ;
- au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, réduction, résiliation, rupture ou annulation ou expiration de l'assurance principale.

Fin prématurée

Cette assurance n'a pas de valeur de rachat si elle prend fin prématurément.

La fin prématurée de l'assurance n'influence aucunement le traitement des sinistres assurés survenus avant la date de fin. Après cette date, les prestations en cours se poursuivent, sans préjudice de l'application des Conditions Générales et des Conditions Particulières. Les hausses du degré d'incapacité de travail qui se produisent après la fin de l'assurance ne donnent jamais lieu à une adaptation ou une révision de la prestation assurée.

Si la fin de l'assurance résulte toutefois de la liquidation ou de la faillite de la personne morale, qui intervient comme preneur d'assurance et bénéficiaire et dans laquelle l'assuré exerce sa fonction, le versement des prestations en cours cesse.

Chapitre 6. Dispositions générales

Article 12 – Fiscalité

L'ensemble des impôts, contributions, droits et taxes, actuels et futurs, applicables dans le cadre du présent contrat sont directement à charge du preneur d'assurance et/ou du bénéficiaire (selon la situation) ou peuvent lui (leur) être refacturés le cas échéant.

Article 13 – Loi applicable et juridictions compétentes

Le droit belge et les dispositions contraignantes de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et des divers arrêtés d'exécution s'appliquent au contrat. Les dispositions non contraignantes de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances s'appliquent également, sauf dérogation dans les Conditions Générales ou dans les Conditions Particulières.

Tous les litiges relatifs au présent contrat relèvent exclusivement de la compétence des tribunaux belges.



Mentions légales

Règlement général sur la protection des données

La compagnie s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la compagnie ou sur le site <https://www.pv.be/privacy>

Plaintes

Pour toute plainte relative au présent contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des plaintes de P&V,
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél. : 02/250.90.60,
E-mail : plainte@pv.be
- Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse de notre service Gestion des plaintes : à l'Ombudsman des Assurances.
Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.

Escroquerie

Toute fraude ou tentative de fraude envers la compagnie d'assurances entraînera non seulement la nullité du contrat d'assurance, mais pourra également faire l'objet de poursuites pénales en vertu de l'article 496 du Code Pénal.