



Assurances complémentaires

Incapacité de travail

Restitution de prime en cas d'incapacité de travail
Rente en cas d'incapacité de travail

Conditions générales



REF. E003-02.2022

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 des garanties	7
Article 4 – Extensions de la garantie.....	8
Article 5 – Terrorisme	9
Chapitre 4. Droits et obligations des parties	10
Article 6 – Déclarations relatives au risque	10
Article 7 – Paiement de prime.....	11
Article 8 – Règlement de sinistres.....	12
Article 9 – Notifications	13
Chapitre 5. Dispositions générales	14
Article 10 – Prise d'effet et durée de l'assurance complémentaire	14
Article 11 – Modifications des conditions et du tarif.....	15
Article 12 – Fiscalité	15
Article 13 – Droit applicable et tribunaux compétents	15
Mentions légales.....	16

VIVIUM 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

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

Organisme de pension (= la compagnie)

La compagnie d'assurances VIVIUM, une marque de P&V Assurances sc, établie en Belgique, 1210 BRUXELLES, Rue Royale 151.

Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé autre que celle découlant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession en Belgique.

Accident

Tout événement soudain et anormal, indépendant de la volonté de l'assuré et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'assuré, pouvant être médicalement établie et due à une force extérieure.

Délai de carence

La période prévue dans les Conditions particulières qui prend cours à la date fixée par les médecins comme étant celle de la prise d'effet de l'incapacité de travail. Pendant cette période, aucune prestation ne sera versée par l'organisme de pension.

Affections pré-existantes

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.

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.

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 a pour objet d'indemniser, en ce qui concerne la garantie Rente en cas d'incapacité de travail, une perte de revenus (totale ou partielle) résultant de l'incapacité de travail de l'assuré, conformément aux dispositions du présent contrat d'assurance.

Article 2 – Prestations assurées

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

Les garanties choisies et leurs caractéristiques sont mentionnées dans les Conditions particulières.

2.1. Garanties

Restitution de prime en cas d'incapacité de travail

L'organisme de pension s'engage à procéder à la restitution de prime assurée dans les Conditions particulières 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 de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

Rente en cas d'incapacité de travail

L'organisme de pension 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 dont la durée dépasse le délai de carence convenu.

La rente annuelle assurée s'élève à maximum 100 % des revenus professionnels annuels, diminués des montants assurés d'autres couvertures d'incapacité de travail (légal ou complémentaires) prévoyant une prestation en cas d'incapacité de travail.

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 de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

Type de rente

Le type de rente choisi est mentionné dans les Conditions particulières et s'il s'agit :

- soit d'une rente **constante** :
la rente et la prime mentionnées dans les Conditions particulières restent inchangées pendant toute la durée de l'assurance.
- soit d'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 niveau prévu contractuellement. La prime reste la même.
- 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.

2.2. 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.

Le type de garantie choisi est mentionné dans les Conditions particulières.

2.3. Formalités médicales et financières

Dans le cadre de l'acceptation de l'assurance complémentaire 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, de la remise en vigueur de l'assurance ou de modifications futures, l'acceptation des prestations peut dépendre du résultat favorable d'un questionnaire médical ou d'un examen médical réalisé par un médecin. Cet examen médical se déroule aux frais de l'organisme de pension, sauf si le preneur d'assurance met fin à la souscription, à la remise en vigueur ou aux modifications.

Sur la base du résultat de ces formalités médicales, l'organisme de pension peut imputer une surprime et/ou exclure certaines affections ou refuser entièrement le risque.

2.4. 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 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.

Il ne sera jamais appliqué de nouveau délai de carence après la fin d'une période d'incapacité de travail précédente pour laquelle des indemnités ont été payées :

- lorsque, dans les 3 mois suivant la fin d'une incapacité de travail garantie, une nouvelle incapacité de travail due au même accident ou à la même maladie 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.

2.5. Degré d'incapacité de travail

Pour obtenir et conserver le droit à ces prestations assurées, l'incapacité de travail doit atteindre au moins 25 %. Les prestations assurées sont allouées en fonction du degré d'incapacité de travail.

Les Conditions particulières précisent comment l'incapacité de travail est déterminée :

- soit exclusivement par le degré d'incapacité de travail
- soit par le degré d'incapacité le plus élevé : le degré d'incapacité de travail ou le degré d'incapacité physiologique.

L'extension au degré d'invalidité physiologique a également pour but d'indemniser une perte de revenus professionnels. Toute référence ultérieure à l'incapacité physiologique sert uniquement à déterminer le montant de l'indemnité.

Une incapacité physiologique ou une incapacité de travail de 67 % ou plus est assimilée à une incapacité à 100 %.

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 est déterminé par le médecin-conseil de l'organisme de pension, 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 du contrat d'assurance.

À partir de la deuxième année, le degré d'incapacité de travail sera exclusivement déterminé 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 n'importe quel autre critère économique.

2.6. Versement des prestations assurées

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

Lorsqu'une prestation est réclamée, on examine si la rente annuelle assurée dépasse la couverture maximale visée au point 2.1. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

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

Si la rente annuelle assurée est inférieure à la couverture maximale décrite ci-dessus, la prestation est de toute façon fixée sur la base de cette rente annuelle.

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

Dans tous les cas, le droit à la prestation s'éteint 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. Garantie territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'assuré a sa résidence principale légale en Belgique et est affilié à la sécurité sociale belge. Lorsque l'assuré établit définitivement sa résidence principale légale à l'étranger, l'organisme de pension peut résilier l'assurance.

Au début de l'incapacité de travail, la condition susmentionnée doit être remplie. . Durant la période d'incapacité de travail, elle n'est acquise à l'étranger que pour autant que l'organisme de pension puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. A la demande de l'organisme de pension, 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 des garanties

3.1. Exclusions absolues

1. 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 existe 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 :

- les affections pré-existantes ;
- toute tentative de suicide de l'assuré ;
- des troubles subjectifs sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- des troubles psychiques ;
- 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. Exclusions, sauf en cas de 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 par exemple sans être toutefois limitatif, 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 et l'élague ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
2. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
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 par exemple sans être toutefois limitatif: 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, la 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 trois mois après l'accouchement, l'organisme de pension accorde la garantie à partir du quatrième mois après l'accouchement.

Une grossesse pathologique est cependant immédiatement couverte, sans préjudice des dispositions concernant le délai de carence, pour autant que l'arrêt ou la diminution de travail ne soit pas consécutive à des travaux insalubres.

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

Des travaux insalubres sont des travaux 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 travaux incluent notamment :

- des activités avec des substances chimiques ;
- des activités avec des agents infectieux ;
- des activités avec des radiations ionisantes ;
- des activités avec des cytostatiques (p. ex. des moyens de lutte contre le cancer) ;
- des activités nécessitant de soulever des charges ;
- des activités dans des températures élevées ;
- des activités impliquant un travail de nuit.

4.2. Troubles psychiques

Les troubles psychiques sont des affections qui relèvent du domaine de la psychiatrie et dont le diagnostic a été posé de manière irréfutable, sur la base de symptômes objectifs, par un psychiatre reconnu en Belgique et qui répondent aux critères établis dans le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition", (DSM-V) ou ses versions ultérieures.

La liste suivante d'affections psychiques est couverte :

trouble bipolaire, trouble psychotique, schizophrénie, trouble dissociatif, trouble obsessionnel-compulsif, anorexie nerveuse, boulimie nerveuse.

Dans le cadre d'une incapacité de travail consécutive à une dépression ou à une autre affection psychique que celles énumérées supra, la prestation assurée sera octroyée durant une période maximale de 730 jours calendrier ininterrompue ou non, à condition que l'existence effective de l'affection et l'incapacité de travail soient claires et reconnues. Cette limitation dans le temps, ainsi que la condition de reconnaissance valent également en cas d'incapacité de travail suite à un burn-out, un syndrome de fatigue chronique (SFC) et une fibromyalgie.

L'importance de l'affection et l'incapacité de travail qui en découle doivent être démontrées par un rapport médical établi par un médecin spécialiste et/ou un expert en cette matière reconnu(s) en Belgique, et mentionnant le diagnostic, la description des symptômes, les examens spécialisés et les résultats d'éventuels examens techniques.

Un délai d'attente de trois mois s'applique pour l'affection Burn-out. Pendant cette période, qui débute à la prise d'effet de la garantie, aucun droit aux prestations ne peut être ouvert.

La période de 730 jours calendrier est prolongée des périodes d'admission dans un hôpital psychiatrique ou dans le département psychiatrique d'un hôpital général qui ont eu lieu avant l'échéance de la période de 730 jours calendrier.

La période de 730 jours calendrier vaut une seule fois par affilié et ce, pour toute la durée de l'assurance, peu importe qu'il s'agisse d'une nouvelle incapacité de travail ou de la poursuite d'une incapacité de travail existante et prend cours à l'échéance du délai de carence.

L'assureur se réserve le droit, en fonction de l'affection, de désigner un médecin spécialiste et/ou un expert en cette matière reconnu(s) en Belgique.

Article 5 – Terrorisme

Nous indemnisons les sinistres causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril 2007. Nous sommes à cet effet 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.

On entend par terrorisme : 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 attentant 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 conclusion de l'assurance complémentaire

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation, lors de la souscription du contrat, de déclarer avec précision toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par l'organisme de pension. Il s'agit entre autres de toutes les particularités dans le cadre de l'état de santé, du statut social, des activités professionnelles et des activités de loisirs.

S'il n'est pas répondu à certaines questions écrites de l'organisme de pension et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

6.2. Déclarations au cours de l'assurance complémentaire

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de déclarer préalablement et au plus tard dans les 30 jours à l'organisme de pension :

- chaque changement de l'activité professionnelle ou un arrêt de celle-ci
- une modification du revenu professionnel
- une modification du statut social
- une modification des activités de loisirs
- un changement de la résidence légale vers l'étranger.

6.3. Communication de garanties semblables

Si des garanties semblables sont assurées auprès d'autres organismes de pension, le preneur d'assurance a l'obligation d'en informer immédiatement l'organisme de pension.

6.4. Conséquences de l'omission ou l'inexactitude intentionnelles de données

Lorsque l'omission intentionnelle ou l'inexactitude intentionnelles de données induit l'organisme de pension en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. Les primes échues jusqu'au moment où l'organisme de pension a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont dues.

6.5. Conséquences de l'omission ou l'inexactitude non intentionnelles de données ou conséquences d'une déclaration obligatoire

Dans un délai d'un mois à compter du jour où l'organisme de pension a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude non intentionnelles de données ou d'une communication obligatoire au cours de l'assurance complémentaire, l'organisme de pension peut :

- résilier l'assurance complémentaire si il apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque ;
- proposer la modification de l'assurance complémentaire avec effet au jour où il a eu connaissance de ces données.
Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou que, au terme d'un délai de trente jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'organisme de pension peut résilier le contrat dans les quinze jours.

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

- jusqu'à concurrence du montant égal à toutes les primes de l'assurance complémentaire payées à partir du moment auquel l'organisme de pension n'aurait en aucun cas assuré le risque ;
- selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si il avait communiqué correctement le risque, le cas échéant en tenant compte également d'une adaptation de la rente garantie conformément au point 2.6.

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance, l'organisme de pension 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 du contrat d'assurance et si cette maladie ou affection n'a pas été diagnostiquée durant ce même délai de deux ans.

L'organisme de pension ne peut invoquer une omission ou une inexactitude non intentionnelle des données lorsque ces données concernent une maladie ou affection qui, au moment de la souscription du contrat, ne s'était manifestée d'aucune façon.

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 l'organisme de pension dans un délai de trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée adressée au preneur d'assurance par l'organisme de pension. 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.

Les nouveaux sinistres ne sont plus assurés, mais cela ne porte pas préjudice aux sinistres assurés qui se sont produits avant l'entrée en vigueur de la résiliation.

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 l'organisme de pension 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

8.1. Déclaration

L'assuré, le preneur d'assurance ou toute autre personne ayant un intérêt à la prestation doit déclarer à l'organisme de pension, dans les trente jours qui suivent le début de la maladie ou l'accident et en tout cas aussitôt qu'il est raisonnablement possible, toute maladie ou accident ayant causé ou 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 par le biais du formulaire de déclaration que l'organisme de pension met à disposition à cet effet et doit être accompagnée :

- d'un certificat médical contenant les données suivantes :
 - la date et la cause de l'incapacité de travail ;
 - la nature de la maladie ou de l'affection ;
 - la durée probable et le degré d'incapacité de travail ;
 - les circonstances de l'accident.
- d'une copie de tous les rapports médicaux disponibles.

Ces documents doivent être mis à la disposition de l'organisme de pension dans une des langues nationales officielles belges.

La déclaration sera encore acceptée si, pour un motif valable, elle est faite passé ce délai, à condition qu'elle se fasse au plus tard dans l'année qui suit le jour où la maladie s'est déclarée ou la survenance de l'accident.

Si l'organisme de pension fournit la preuve qu'il a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive (au plus tard dans l'année qui suit le jour où la maladie s'est déclarée ou la survenance de l'accident), le délai de carence prendra cours le jour où l'organisme de pension a effectivement été averti 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 l'organisme de pension. À la demande de l'organisme de pension, l'assuré fournira les pièces justificatives requises de ses revenus professionnels.

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

Tant l'assuré que l'organisme de pension ont le droit, à tout moment, de déposer une demande de révision du degré d'incapacité de travail.

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

8.3. Suivi médical

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement.

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

De plus, l'organisme de pension est autorisé à s'informer auprès de l'assuré et à procéder à des mesures de contrôle qu'il pourrait juger utiles. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'assuré de se présenter à l'examen du médecin-conseil de l'organisme de pension, même si l'assuré doit pour cela être hospitalisé dans un établissement médical désigné par l'organisme de pension. Les frais de cet examen sont à la charge de l'organisme de pension.

L'organisme de pension devra immédiatement être averti de tout changement dans l'état de santé de l'assuré. Cette déclaration devra être confirmée par un certificat médical, à fournir au médecin-conseil de l'organisme de pension.

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

Lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté les obligations contractuelles qui lui sont imposées par les paragraphes de l'article 8, l'organisme de pension peut réduire ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

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

L'organisme de pension est autorisé à réclamer le remboursement des prestations versées indûment et des frais exposés.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle du point 6.3. dans une intention frauduleuse, le contrat d'assurance est nul et non avenue. Le cas échéant, l'organisme de pension a le droit de garder les primes encaissées à titre d'indemnité, à condition qu'il agisse de bonne foi.

8.6. Litige médical

Les litiges relatifs à des questions d'ordre médical peuvent également, moyennant commun accord, être tranchés par une expertise médicale amiable, au cours de laquelle les parties nomment chacune leur propre médecin.

Le troisième médecin nommé par les deux premiers n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle.

Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'examens spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie.

Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions du contrat et de ses avenants.

Article 9 – Notifications

Les notifications destinées au preneur d'assurance, à l'assuré et au bénéficiaire concerné doivent être envoyées à la dernière adresse valable communiquée à l'organisme de pension. Toute notification envoyée par une partie à l'autre partie est considérée comme effective à la date de dépôt à la poste.

Chapitre 5. Dispositions générales

Article 10 – Prise d'effet et durée de l'assurance complémentaire

10.1. Prise d'effet 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.

10.2. Durée de l'assurance complémentaire

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

10.3. Fin de l'assurance complémentaire

Cette assurance n'a pas de valeur de rachat si elle est résiliée prématurément.

Fin par résiliation

1. 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 11.
2. L'organisme de pension peut résilier l'assurance
 - en cas de défaut de paiement de la prime ;
 - lorsque l'assuré a définitivement établi sa résidence légale à l'étranger ;
 - en cas de surassurance, pour autant que l'assuré ne bénéficie pas d'une rente d'incapacité de travail ;
 - conformément au point 6.5, en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles, d'aggravation du risque non assurable, de refus ou de non-réaction à la modification que l'organisme de pension propose ;
 - en cas de non-respect des obligations visées à l'article 8 dans une intention frauduleuse, conformément au point 8.5.

La résiliation ne prendra effet qu'à l'expiration d'un délai de trente jours au minimum, à compter du lendemain de la remise à la poste d'une lettre recommandée.

Fin de plein droit

L'assurance prend fin de plein droit :

- en cas de décès de l'assuré ;
- 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.

Article 11 – Modifications des conditions et du tarif

11.1. Par accord mutuel

A la demande exclusive du preneur d'assurance et par accord mutuel des parties concernées, l'organisme de pension peut, après la souscription du contrat, modifier, dans l'intérêt du preneur d'assurance, les bases techniques de la prime et les conditions de la couverture.

11.2. Indexation

La prime et la prestation peuvent être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base de l'indice des prix à la consommation.

La prime et la prestation peuvent également être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux frais des services qui sont couverts par les contrats privés d'assurance maladie, si et dans la mesure où l'évolution de ces frais dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

11.3. Notification d'une modification de tarif

Si l'organisme de pension modifie son tarif, il adapte le présent contrat à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins 4 mois avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier le contrat dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat dans une période de 3 mois suivant la notification.

Article 12 – Fiscalité

Tous les impôts, cotisations, 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 le cas) ou peuvent, le cas échéant, lui/leur être imputés.

Article 13 – Droit applicable et tribunaux compétents

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 présentes Conditions générales ou dans les Conditions particulières.

Tous litige relatif au présent contrat relève 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.vivium.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 VIVIUM,
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél. : 02/250.90.60,
E-mail : plainte@vivium.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.