



Revenu garanti

Conditions générales

Réclamations

Pour toute plainte relative à ce contrat, l'organisateur peut s'adresser :

- Dans un premier temps : au service Gestion des plaintes de VIVIUM.
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél. : 02/250.90.60, e-mail : plainte@vivium.be
- En deuxième instance : 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.

Toute fraude ou tentative de fraude à l'égard de la compagnie d'assurances n'entraîne pas seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais également des poursuites judiciaires, en vertu de l'article 496 du Code pénal.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1. LEXIQUE	4
CHAPITRE 2. GARANTIES	6
1. OBJET DE LA GARANTIE	6
2. GARANTIES	6
3. EVENEMENTS ET CIRCONSTANCES ASSURES	6
4. ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE	8
5. TERRORISME	8
CHAPITRE 3. REGLEMENT DE SINISTRES	9
6. DECLARATION	9
7. DETERMINATION DU MONTANT DE LA PRESTATION	9
8. SUIVI MEDICAL	9
9. LITIGES PORTANT SUR LES ASPECTS MEDICAUX	10
10. SUBROGATION EN CAS DE RESPONSABILITE D'UN TIERS	10
CHAPITRE 4. DISPOSITIONS GENERALES	11
11. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE	11
12. FIN DE L'ASSURANCE	11
13. PAIEMENT DE LA PRIME	11
14. NON-PAIEMENT DE LA PRIME	11
15. MODIFICATION DU TARIF ET DES CONDITIONS	11
16. DECLARATION DU RISQUE PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET L'ASSURE	12
17. DECLARATION OBLIGATOIRE DE CONTRATS SIMILAIRES	12
18. CESSATION DE LA PROFESSION, CHANGEMENT DE PROFESSION, DE REVENU OU DE STATUT SOCIAL	13
19. POURSUITE INDIVIDUELLE	13
20. DECHEANCE DE DROITS	14
21. CORRESPONDANCE	14

Chapitre 1. Lexique

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, due à une force extérieure.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances principales.

Assuré

La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'*incapacité de travail*.

Bénéficiaire

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

Compagnie

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

Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Cette assurance est un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle lorsqu'elle a été conclue par le *preneur d'assurance* sur la tête d'un *assuré* lié professionnellement au *preneur d'assurance* au moment de la conclusion du contrat et lorsque la prestation assurée est conclue en faveur de cet *assuré*.

Délai de carence

Période durant laquelle aucune prestation n'est payée pour l'*incapacité de travail* garantie.

Grossesse pathologique

Les complications d'une grossesse, tant du chef de l'assurée que du fœtus, suite à une *maladie* ou une anomalie.

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 déterminée par décision médicale.

Durant la première année d'*incapacité de travail*, le degré d'*incapacité de travail* est exclusivement déterminé proportionnellement à la perte de la capacité physique ou psychique de l'*assuré* à exercer les activités professionnelles de l'*assuré* mentionnées dans les Conditions particulières du présent contrat d'assurance.

A partir de la deuxième année, le degré d'*incapacité de travail* est exclusivement déterminé proportionnellement à la perte de la capacité physique ou psychique de l'*assuré* à exercer toute activité professionnelle correspondant à sa situation sociale, à ses connaissances et aptitudes. Il est entièrement indépendant de tout autre critère économique.

Maladie

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

Matériel d'ostéosynthèse

Accessoires mécaniques, à savoir : vis, plaques, tiges ou fils métalliques permettant de souder des fragments d'os par voie chirurgicale.

Perte de revenu professionnel

La diminution ou perte totale du revenu professionnel de l'*assuré*, suite à une *incapacité de travail*. L'*assuré*, le *preneur d'assurance* ou chaque intéressé peut démontrer une perte de revenu professionnel en prouvant une *incapacité de travail* ayant une diminution ou perte de revenu comme conséquence.

L'existence d'une perte de revenu est reconnue pour autant que et aussi longtemps que l'*assuré* a droit à une allocation en raison d'une *incapacité de travail* dans un système légal prévoyant un revenu de remplacement en cas de *maladie* ou d'*accident*.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Rechute

Une nouvelle période d'*incapacité de travail* causée par un *accident* ou une *maladie* déjà garantis antérieurement.

Revenu professionnel

Sauf mention contraire dans les Conditions particulières, on entend par revenu professionnel :

- a) Lorsque l'*assuré* est soumis à l'impôt des personnes physiques : le revenu professionnel net de l'*assuré*, étant le bénéfice imposable, les avantages ou rétributions après déduction des frais professionnels (y compris les cotisations sociales)
- b) Lorsque l'*assuré* est soumis à l'impôt de non-résident : le revenu professionnel net comme décrit sous a), obtenu par l'*assuré* en Belgique et qui – s'il était obtenu par un résident – serait imposable en Belgique.

Travaux insalubres pour les femmes enceintes

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 comprennent entre autres :

- des activités avec des substances chimiques, avec des agents infectieux, avec des radiations ionisantes, avec des cytostatiques (comme par exemple dans le cas des médicaments anti-cancérigènes) ;
- des activités entraînant le soulèvement de charges ;
- des activités à une température ambiante élevée ;
- des activités comportant un travail de nuit.

Chapitre 2. Garanties

1. OBJET DE LA GARANTIE

Cette police prévoit le versement d'une allocation en cas d'*incapacité de travail* de l'*assuré* entraînant une perte du *revenu professionnel* par l'*assuré* ou le *bénéficiaire* du versement.

2. GARANTIES

2.1. Rente annuelle et restitution de prime

La *compagnie* verse à l'*assuré* une rente annuelle suivant les modalités fixées au paragraphe 3, 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. La rente annuelle assurée est allouée proportionnellement au degré d'*incapacité de travail*. Pour acquérir et conserver le droit à cette rente annuelle, l'*assuré* doit subir une *incapacité de travail* d'au moins 25%. Une *incapacité de travail* de 67% ou plus est assimilée à une incapacité de 100%.

Parallèlement à l'entrée en jouissance de la rente, le *preneur d'assurance* acquiert le droit au remboursement de la prime, proportionnellement au degré d'*incapacité de travail*.

2.2. Délai de carence

Pour chaque période d'*incapacité de travail* couverte, un *délai de carence* est prévu dont la durée est fixée aux Conditions particulières.

Ce *délai de carence* prend cours à la date fixée par les médecins comme étant celle de la prise d'effet de l'*incapacité de travail*. La perte de *revenu professionnel* subie entre la prise d'effet de l'*incapacité de travail* et l'expiration du *délai de carence* ne sera pas indemnisée.

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

- en cas de *rechute* dans les trois mois ;
- en cas de retrait de *matériel d'ostéosynthèse*.

2.3. Rente annuelle maximale

La rente annuelle garantie s'élève au maximum à 100% du *revenu professionnel*, diminué des montants garantis dans d'autres couvertures *incapacité de travail* (légalles ou complémentaires) prévoyant un paiement en cas d'*incapacité de travail*. Lorsqu'une prestation est réclamée, on examine si la rente annuelle assurée dépasse la couverture maximale. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

En cas de diminution de la rente annuelle lors d'un sinistre, la *compagnie* 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 avant 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.

3. EVENEMENTS ET CIRCONSTANCES ASSURES

3.1. Exclusions et limitations de la garantie

Toute *incapacité de travail* suite à un *accident* ou à une *maladie* est totalement couverte sauf exclusion ou limite en vertu d'une des dispositions de cet article.

a. Faute grave

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 vis-à-vis des prestations.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis du fait intentionnel ou avec le consentement de l'*assuré*, du *preneur d'assurance*, du *bénéficiaire* ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations;
- toute participation à des méfaits, situations contraires à l'ordre public ou rixes, qui sont la conséquence ou non d'un comportement provocateur ou de disputes, sauf le 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.

b. Exclusions générales

Sont également exclues de la garantie, les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par :

- 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 qu'elles soient ;
- une catastrophe due à la radioactivité nucléaire;
- la guerre ou un état qui en fait s'y assimile résultant ;
- 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).

c. Garanties avec une étendue limitée

- La liste limitative suivante d'affections psychiques est couverte si le diagnostic a été fait par un psychiatre reconnu en Belgique et répond aux critères établis dans le 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (= DSM-V)' ou ses versions ultérieures. Les affections psychiques qui ne sont pas énumérées, ne sont pas garanties.
 - dépression majeure
 - trouble bipolaire
 - trouble psychotique
 - schizophrénie
 - troubles d'anxiété généralisés
 - trouble dissociatif
 - trouble obsessionnel-compulsif
 - anorexie
 - boulimie nerveuse
- En cas d'*incapacité de travail* due au SFC (syndrome de fatigue chronique) ou à la fibromyalgie, la rente assurée annuelle est versée durant un maximum de 700 jours, calculés de manière cumulative sur toute la durée du contrat d'assurance.

3.2. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

Si l'*assuré* 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, sans préjudice des dispositions concernant le délai de carence, pour autant que l'arrêt ou la diminution de travail ne soient pas consécutifs à des *travaux insalubres*.

b. Risques particuliers

Les activités décrites ci-dessous ne sont garanties que moyennant stipulation expresse aux Conditions particulières :

- Activités professionnelles dangereuses: 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'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie.
- Transport aérien: l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes.
- Sports:
 - a) l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, y compris les entraînements ;
 - b) la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux, comme par exemple sans être toutefois limitatif, l'aéronautique, le vol à voile, le deltaplane, les sauts depuis de grandes hauteurs, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, les sauts d'obstacles à cheval et les courses à cheval, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, le rafting, le rugby, la chasse ;
 - c) 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.

4. ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique au début de l'*incapacité de travail*. Elle n'est acquise à l'étranger durant la période d'*incapacité de travail* que pour autant que la *compagnie* puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. A la demande de la *compagnie*, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

5. TERRORISME

Nous indemnisons l'incapacité de travail causée 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 gèrent 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 3. Règlement de sinistres

6. DECLARATION

L'assuré, le *preneur d'assurance* ou toute autre personne ayant un intérêt à la prestation doit déclarer à la *compagnie*, dans les 30 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*. Ceci doit être fait au moyen du formulaire spécialement mis à leur disposition à cet effet par la *compagnie*. 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 début de la *maladie* ou l'*accident*. Si la *compagnie* fournit la preuve qu'elle a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive, le *délai de carence* ne prendra cours qu'au jour où la *compagnie* a effectivement été avertie de la *maladie* ou de l'*accident*.

L'assuré fournit au médecin-conseil de la *compagnie* les certificats médicaux du médecin traitant, avec mention des causes, de la nature, du degré et de l'évolution présumée de l'incapacité.

A la demande de la *compagnie*, l'assuré fournit les justificatifs de son *revenu professionnel* durant les trois dernières années calendrier ainsi que les justificatifs de la perte de revenus suite à l'incapacité de travail.

7. DETERMINATION DU MONTANT DE LA PRESTATION

7.1. En fonction du degré d'incapacité de travail

En cas d'*incapacité de travail* à partir de 67%, 1/365ième de la rente annuelle susmentionnée est octroyée par jour au *bénéficiaire*. En cas d'*incapacité de travail* de moins de 67%, la rente est payée au prorata du degré d'*incapacité de travail*.

7.2. Début et fin de la prestation

La rente est payable par mois, la première fois trente jours après 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 l'échéance finale du contrat d'assurance. De toute façon, le droit à la prestation s'éteint dès que l'assuré reçoit une pension légale, même si les droits à pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour n'importe quelle raison.

La partie de la prime payée pour la période de prestation, est remboursée proportionnellement au degré d'*incapacité de travail* et payée en même temps que la rente d'incapacité.

7.3. Mode de détermination et révision de la prestation

Le degré d'*incapacité de travail* et la période pour laquelle la prestation est octroyée, sont fixés et communiqués à l'assuré sur la base de données médicales et factuelles mises à la disposition de la *compagnie*. L'assuré est réputé accepter cette décision à moins qu'il ne fasse connaître ses objections motivées dans les trente jours après avoir pris connaissance de la communication par la *compagnie*. Tant l'assuré que la *compagnie* ont le droit, à tout moment, de déposer une demande de révision du degré d'*incapacité de travail*.

8. SUIVI MEDICAL

L'assuré prendra immédiatement toutes mesures permettant de hâter sa guérison. Il invitera le médecin de son choix à lui fournir tous les certificats nécessaires à l'exécution du contrat, chaque fois que cela s'avérera nécessaire. En outre, la *compagnie* est autorisée à recueillir toutes les informations auprès de l'assuré et à prendre les mesures de contrôle qu'elle juge nécessaire. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'assuré de 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*.

La *compagnie* devra immédiatement être avertie de tout changement dans l'état de l'assuré. Cette déclaration sera accompagnée d'un certificat médical à remettre au médecin-conseil de la *compagnie*.

9. LITIGES PORTANT SUR LES ASPECTS MEDICAUX

Les litiges portant sur les aspects médicaux peuvent être tranchés d'un commun accord par une expertise médicale à l'amiable, où les deux parties désignent chacune 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 frais du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires et les frais du troisième médecin et des examens spécialisés sont supportés par les deux parties, chacune pour moitié. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne pourront déroger aux dispositions du contrat et de ses avenants.

10. SUBROGATION EN CAS DE RESPONSABILITE D'UN TIERS

La *compagnie* est subrogée de plein droit dans les droits de l'*assuré* ou de ses ayants droit à concurrence des montants indemnisés et dans la mesure de la responsabilité du tiers. En cas de responsabilité partagée, la *compagnie* exercera le recours à concurrence de la partie de ses débours correspondant à la partie de la responsabilité mise à la charge du tiers.

Chapitre 4. Dispositions générales

11. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance prend effet à la date et à l'heure indiquées aux Conditions particulières et après paiement de la première prime.

12. FIN DE L'ASSURANCE

La présente assurance et le droit aux prestations se terminent de plein droit à l'échéance finale mentionnée aux Conditions particulières.

Le *preneur d'assurance* peut néanmoins résilier le contrat annuellement, au moins trois mois avant soit le jour de la prise d'effet de l'assurance, soit l'échéance annuelle de la prime. Cette résiliation doit être faite par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

13. PAIEMENT DE LA PRIME

Le *preneur d'assurance* s'engage à payer la prime et les frais par anticipation. La prime ne peut être acquittée que sur présentation d'une quittance de la *compagnie*. Le paiement de la prime à un tiers est également libératoire lorsque celui-ci réclame le paiement et agit manifestement en tant que mandataire de la *compagnie* pour la perception de cette prime.

Tous impôts, taxes ou frais perçus ou à percevoir du chef du présent contrat d'assurance sont à charge du *preneur d'assurance*. Ils sont perçus en même temps que la prime.

14. NON-PAIEMENT DE LA PRIME

14.1. Résiliation ou suspension

A défaut de paiement de la prime à l'échéance, la *compagnie* peut suspendre la garantie ou résilier le contrat, à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure par le biais d'une lettre recommandée à la poste. La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat sont de plein effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Aucune prestation n'est versée pour les incapacités de travail intervenues ou causées pendant la période de suspension. La *compagnie* peut exercer un recours contre le preneur d'assurance pour chaque paiement qu'elle a effectuée dans le cadre d'un sinistre survenu pendant la période de suspension.

14.2. Fin de la suspension

La garantie ne reprendra pleinement ses effets qu'après le paiement par le *preneur d'assurance* de tous les arriérés de primes, le cas échéant majorés des intérêts, tels que définis dans la dernière mise en demeure ou décision judiciaire. La *compagnie* se réserve cependant le droit de faire dépendre la remise en vigueur de la réception d'informations médicales concernant des événements s'étant produits pendant la période de suspension et ayant ou pouvant résulter en une *incapacité de travail*.

La suspension de la garantie ne porte pas préjudice aux droits de la *compagnie* sur toutes primes échues ou à échoir, à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure conformément à l'alinéa §1. Le droit de la *compagnie* se limite toutefois aux primes afférentes à deux années consécutives.

15. MODIFICATION DU TARIF ET DES CONDITIONS

15.1. Contrat d'assurance non lié à l'activité professionnelle

Par accord mutuel

A la demande exclusive du *preneur d'assurance* et par accord mutuel des parties concernées, la *compagnie* 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.

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 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.

15.2. Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle et contrat d'assurance en faveur d'une personne morale

Les dispositions du point 15.1. ne s'appliquent ni au *contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle* ni au contrat en faveur d'une personne morale. Pour ce type de contrats, la *compagnie* peut modifier son tarif et ses conditions dans le cadre d'une adaptation générale.

15.3. Notification d'une modification de tarif

Si la *compagnie* modifie son tarif, elle 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.

16. DECLARATION DU RISQUE PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET L'ASSURE

16.1. Déclarations lors de la souscription du contrat

Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* ont l'obligation, lors de la souscription du contrat, de déclarer avec précision toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par la *compagnie*. Lorsqu'il n'est point répondu à certaines réponses écrites de la *compagnie* et que la *compagnie* a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis en cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

16.2. Omissions ou inexactitudes intentionnelles

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

16.3. Omissions ou inexactitudes non intentionnelles

La *compagnie* ne peut invoquer une omission ou une exactitude non intentionnelle des données, lorsque ces données concernent une *maladie* ou affection qui, au moment de la souscription du contrat, ne s'étaient manifestées d'aucune façon.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la *compagnie* propose, dans un délai de 30 jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le *preneur d'assurance* ou que, au terme d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la *compagnie* peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Néanmoins, si la *compagnie* apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas *assuré* le risque, elle peut résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé, à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance, la *compagnie* ne peut plus invoquer l'omission intentionnelle ou l'inexactitude non intentionnelle des données 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 et si cette *maladie* ou affection n'avaient pas été diagnostiquées durant ce même délai de deux ans.

17. DECLARATION OBLIGATOIRE DE CONTRATS SIMILAIRES

Si des garanties similaires sont assurées auprès d'autres compagnies, il convient d'en aviser immédiatement la *compagnie* par lettre recommandée. Dans ce cas, la *compagnie* a le droit de rajuster les montants des rentes assurées, conformément à la nouvelle situation et de réduire la prime proportionnellement. Tous les droits quant à un sinistre en suspens sont maintenus.

18. CESSATION DE LA PROFESSION, CHANGEMENT DE PROFESSION, DE REVENU OU DE STATUT SOCIAL

18.1. Obligation de notification

Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* ont l'obligation de déclarer préalablement à la *compagnie*:

- un arrêt effectif de l'exercice de la profession mentionnée aux Conditions particulières
- un changement de profession de l'*assuré* ;
- une modification dans les travaux inhérents à la profession
- une modification du revenu de l'*assuré*
- un changement du régime de sécurité sociale de l'*assuré*.

18.2. Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

En cas d'arrêt effectif de l'activité professionnelle pour une raison autre qu'une *incapacité de travail* économique couverte, il est mis fin à l'assurance.

Dès que l'*assuré* reçoit une pension légale, l'assurance prend fin, même si les droits à pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour n'importe quelle raison.

18.3. Conséquences du changement de profession ou des activités y afférentes, du statut social ou en cas de modification permanente du revenu

Si une modification de profession, de revenu ou de statut social a une influence significative sur le risque assuré et/ou les frais ou l'étendue de la garantie, la *compagnie* a le droit d'adapter la prime, le *décalage de carence* et les garanties de manière raisonnable et proportionnelle.

Lorsqu'un sinistre se produit avant que l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* ait déclaré une diminution du revenu, la *compagnie* peut adapter la rente garantie conformément au point 2.3.

S'il se produit un sinistre sans que les changements au niveau de la profession ou du statut social n'aient été communiqués, la *compagnie* peut adapter la rente garantie de manière raisonnable et proportionnelle.

19. POURSUITE INDIVIDUELLE

L'*assuré* d'une assurance incapacité de travail liée à une activité professionnelle a le droit, conformément aux conditions de l'article 208 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, à poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance lorsqu'il perd le bénéfice de cette assurance incapacité de travail liée à une activité professionnelle.

19.1. Conditions d'octroi

Le droit de poursuivre est octroyé sans que l'*assuré* ne doive subir un examen médical supplémentaire ni remplir un nouveau questionnaire médical pour autant que l'*assuré* ait été affilié de manière ininterrompue pendant les deux dernières années à une assurance incapacité de travail souscrite auprès d'une compagnie d'assurances.

19.2. Délais à respecter

Le *preneur d'assurance* ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du *preneur d'assurance* informe l'*assuré*, par écrit ou par voie électronique, dans un délai de trente jours à partir de la date de la perte du bénéfice de l'assurance professionnelle du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat professionnel individuellement.

L'*assuré* dispose d'un délai de trente jours pour informer l'assureur de son intention de poursuivre le contrat, en tout ou en partie, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel le *preneur d'assurance* informe l'*assuré* (par écrit ou par voie électronique) du droit à la poursuite individuelle. Ce délai expire, en tout cas, 105 jours après la perte du bénéfice de l'assurance maladie professionnelle.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre à l'*assuré*, par écrit ou par voie électronique, une offre d'assurance. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'*assuré* dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance, par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur. Passé ce délai, le droit à la poursuite individuelle s'éteint.

Le contrat d'assurance, que l'assuré a accepté, prend cours le jour de la perte du bénéfice de l'assurance professionnelle.

19.3. Garanties et tarif

L'assurance incapacité de travail poursuivie individuellement offre une garantie similaire au contrat professionnel. Pour le calcul de la prime, il sera tenu compte de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle, du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

19.4. Possibilité de préfinancer la prime pour la poursuite à titre individuel

En vertu de la loi, l'assuré a le droit, moyennant le paiement d'une surprime, de poursuivre le contrat à titre individuel sur la base d'un tarif fixé à l'âge auquel l'assuré commence à payer ses primes supplémentaires.

20. DECHEANCE DE DROITS

Il y a déchéance de droits et la *compagnie* est autorisée à réclamer le remboursement des prestations versées indûment et des frais exposés.

20.1. Aggravation

Lorsque les suites d'une *maladie* ou d'un *accident* se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement du *preneur d'assurance*, de l'*assuré* ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi.

20.2. Non respect des obligations

Lorsque l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* n'a pas respecté l'obligation contractuelle lui imposée par le point 18.1. des présentes conditions et que cette omission cause un préjudice à la *compagnie*, cette dernière peut réclamer une diminution de ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi. Si l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* n'a pas respecté cette obligation contractuelle dans une intention frauduleuse, la *compagnie* peut refuser sa couverture.

21. CORRESPONDANCE

La lettre recommandée dont il est question dans la présente police constitue, par dérogation à l'article 1139 du Code Civil, une mise en demeure suffisante.

L'envoi de cette lettre sera dûment justifié par le récipissé de la poste ; son contenu par les copies de lettres dans les dossiers de la *compagnie*. Le *preneur d'assurance* s'engage à accepter toute correspondance que lui adresse la *compagnie*.

Le domicile des parties est élu de droit : celui de la *compagnie* à son siège social, celui du *preneur d'assurance* à l'adresse indiquée par lui. Il est tenu d'avertir la *compagnie* de tout changement de domicile. A défaut, toute lettre ou exploit est valablement adressé à son domicile élu.