



**Assurance collective
invalidité**

Conditions générales

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code Pénal.

Pour toute plainte relative à ce contrat, le preneur d'assurance peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des Plaintes de VIVIUM, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tel : 02/250.90.60, E-mail : plainte@vivium.be
 - En appel : à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be
- Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.
-

Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude....



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus

Table des matières

Article 1	Définitions	4
Article 2	Garantie	6
Article 3	Règlement de sinistres	6
Article 4	Début et cessation de l'affiliation	6
Article 5	Indexation après sinistre.....	7
Article 6	Définition des droits pour les affiliés qui ne sont pas occupés à temps plein	7
Article 7	Transferts.....	9
Article 8	Prorogation de la date d'expiration.....	9
Article 9	Etendue géographique	9
Article 10	Acceptation médicale	9
Article 11	Préexistence	10
Article 12	Acceptation financière	10
Article 13	Risques exclus.....	11
Article 14	Acte intentionnel et faute grave	12
Article 15	Rechute	12
Article 16	Limitation de la rente	12
Article 17	Déclaration d'un sinistre et suivi médical.....	12
Article 18	Début et fin de la garantie	13
Article 19	Durée et résiliation du règlement.....	13
Article 20	Modification du tarif	13
Article 21	Obligations de l'assureur en cas de résiliation du règlement.....	14
Article 22	Païement de prime	14
Article 23	Exigibilité des primes et taxes	14
Article 24	Sortie d'un affilié	15
Article 25	Protection de la vie privée	15
Article 26	Infractions à l'obligation de déclaration	15
Article 27	Litiges médicaux.....	15
Article 28	Correspondance	15

Article 1 Définitions

Affilié:

Le travailleur qui appartient à la catégorie du personnel pour laquelle l'organisateur a instauré une assurance collective invalidité et qui remplit les conditions d'affiliation.

Benefit statement:

L'aperçu de la garantie.

Délai de carence:

Le délai de carence désigne la période initiale de l'incapacité de travail garantie pour laquelle il n'est pas versé de rente.

Free cover limit:

La free cover limit est la rente plafonnée:

- pour laquelle aucune acceptation médicale n'est requise; ou
- à laquelle l'affilié a droit
 - en cas d'exclusion, de surprime ou de clause lors de l'acceptation médicale; ou
 - dans l'attente d'une acceptation médicale; ou
 - en cas de préexistence.

L'assureur fixe cette rente à titre de mesure générale dans le cadre de sa politique d'acceptation. Cette rente peut varier en fonction du nombre d'affiliés.

Invalidité / incapacité de travail:

L'invalidité est l'atteinte à l'intégrité physique de l'affilié entraînant éventuellement une incapacité de travail.

Le degré de l'invalidité est déterminé par décision médicale par rapport au Barème Officiel Belge des Invalidités et à la jurisprudence belge en vigueur en la matière.

Il est question d'une invalidité permanente lorsqu'il est prouvé que l'invalidité de l'affilié n'est plus susceptible de subir des modifications substantielles ni de manière spontanée ni suite à un traitement.

Lorsqu'on fait référence à l'incapacité de travail, il s'agit en l'occurrence de l'incapacité de travail économique. L'incapacité de travail économique est l'incapacité de l'affilié à exercer toute activité professionnelle correspondant à ses connaissances, ses aptitudes, sa formation et son parcours professionnel. Ceci en dépit de tout critère économique et sur la seule base d'une décision médicale.

Organisateur:

L'entreprise qui conclut le règlement avec l'assureur.

Date d'adaptation annuelle:

À cette date, les droits de chaque affilié sont recalculés en fonction des éléments de calcul en vigueur à ce moment.

Les modifications des éléments de calcul au cours d'une année d'assurance produisent seulement leurs effets à partir de la date d'adaptation annuelle suivante.

Assureur:

VIVIUM, une marque de P&V Assurances sc, entreprise d'assurance agréée sous le code 0058.

Date de mutation:

A cette date, les droits de l'affilié sont adaptés sur le plan administratif en fonction de l'une des situations suivantes:

- modification dans la situation familiale (pour autant que cela entraîne une modification des droits);
- modification du taux d'occupation (contrat de travail pour prestations à temps partiel, crédit-temps à temps partiel et d'autres formes de congé social à temps partiel);
- suspension du contrat de travail :
 - à la suite de l'utilisation de crédit-temps à plein-temps ou d'autres formes de congé social à plein-temps;
 - à la suite d'une incapacité de travail avec perte de salaire;
- prépension à mi-temps;
- formes de suspension du contrat de travail avec perte de salaire.

La date de mutation est le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant l'un des événements susmentionnés. L'assureur offre cependant immédiatement la couverture à partir du moment de la modification.

L'organisateur transmet la demande de mutation à l'assureur par le biais du formulaire de modification.

Accident:

Est exclusivement considéré comme accident, tout événement soudain ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'affilié pour autant que la cause ou l'une des causes de la lésion se situe en dehors de l'organisme de l'affilié.

Un accident est soit un accident du travail, soit un accident de la vie privée.

Un accident du travail est un accident tel que défini dans la législation belge sur les accidents du travail, y compris les accidents sur le chemin du travail. La référence à la législation sur les accidents du travail vise uniquement à définir la notion d'accident du travail.

Un accident de la vie privée désigne tout accident qui n'est pas un accident du travail.

Règlement:

Le règlement se compose des conditions générales, des conditions particulières ainsi que du benefit statement.

Les annexes et les avenants éventuels aux conditions particulières en font partie intégrante. Les dispositions des conditions particulières et des annexes et avenants éventuels ont toutefois la priorité sur les conditions générales.

L'assureur se réserve le droit de régler conformément aux conditions générales tous les aspects qui ne sont pas explicitement prévus par les conditions particulières.

Année d'assurance:

La période allant de la date d'adaptation annuelle d'une année jusqu'au jour qui précède immédiatement la date d'adaptation annuelle suivante.

S'il est mis fin au règlement entre deux dates d'adaptation annuelles, la dernière année d'assurance s'étend sur la période entre la dernière date d'adaptation annuelle et la date de fin du règlement.

Maladie:

Une maladie est toute atteinte à la santé de l'affilié, autre que celle provenant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession.

Article 2 Garantie

Si l'affilié est atteint d'une incapacité de travail à la suite de la survenance d'une cause garantie, l'affilié a alors droit, pendant la période de l'incapacité de travail, au versement de la rente mentionnée dans les conditions particulières. Les conditions particulières précisent également pour quelles causes d'incapacité de travail la garantie produit ses effets.

Pour obtenir ce droit et le conserver, le degré d'incapacité de travail doit être au minimum de 25%. Pour une incapacité de travail partielle à partir de 25%, la rente est proportionnelle au degré de l'incapacité de travail. Un paiement complet est prévu si le degré d'incapacité de travail est d'au moins 67%.

En cas de modification du degré d'incapacité de travail le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré.

L'assureur doit verser la rente à partir de l'expiration du délai de carence mentionné dans les conditions particulières. La rente est au plus tard versée jusqu'à la date d'expiration indiquée dans les conditions particulières.

En cas de versement d'une rente par l'assureur, l'organisateur et l'affilié sont en outre exonérés du paiement de la prime pour cette garantie dans le chef de l'affilié en incapacité de travail, proportionnellement au degré et à la durée de l'incapacité de travail et selon les mêmes règles auxquelles est soumis le versement de la rente.

Article 3 Règlement de sinistres

En cas d'incapacité de travail totale, l'affilié reçoit 1/365^e de la rente assurée par jour. Pour l'incapacité de travail partielle, la rente est proportionnelle au degré de l'incapacité de travail.

La rente est payable par mois, et pour la première fois 30 jours après l'expiration du délai de carence. Le paiement est réglé au prorata à la fin de l'incapacité de travail.

Le délai de carence prend effet à la date définie par un médecin comme marquant le début de l'incapacité de travail.

Article 4 Début et cessation de l'affiliation

L'affiliation administrative intervient le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le travailleur satisfait aux conditions fixées. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture à partir de la date à laquelle les conditions d'affiliation sont remplies.

Si le travailleur est en incapacité de travail et/ou si son contrat de travail a été suspendu au moment où il remplit les conditions d'affiliation, son affiliation est reportée au premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise totale ou partielle de l'activité.

L'affiliation prend fin:

- le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant le jour où l'affilié
 - ne répond plus à la définition d'affilié et/ou aux conditions d'affiliation;
 - quitte le service de l'organisateur avant la date d'expiration;
- à la date du décès de l'affilié avant la date d'expiration;
- à la date d'expiration.

Article 5 Indexation après sinistre

Si les conditions particulières prévoient une indexation après sinistre, le montant de la rente est augmenté annuellement à la date anniversaire du début de l'incapacité de travail (qui atteint le degré d'incapacité minimal). Pour ce faire, on multiplie le montant de la rente par le facteur d'indexation égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$, n représentant le nombre d'années complètes depuis la date de début de l'incapacité de travail. Le pourcentage d'indexation est mentionné dans les conditions particulières.

Lorsque l'affilié n'est plus atteint d'une incapacité de travail entraînant l'application de la garantie, le montant assuré de la rente est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail.

Article 6 Définition des droits pour les affiliés qui ne sont pas occupés à temps plein

Affilié possédant un contrat de travail pour prestations à temps partiel:

Pour les droits liés au salaire, le calcul se fait sur la base du salaire qui correspond aux prestations à temps partiel.

Les droits forfaitaires sont réduits proportionnellement en fonction du taux d'occupation.

La rente annuelle maximale n'est pas réduite en fonction du taux d'occupation.

Utilisation de crédit-temps et d'autres formes de congé social:

Pour toutes les formes de:

- crédit-temps,
- congé parental,
- congé pour les soins d'un membre de la famille ou du ménage gravement malade,
- congé pour soins palliatifs, ou
- toute autre forme de congé social régie par la loi pour laquelle il est prévu que ces périodes soient assimilées à l'égard de la sécurité sociale belge à des périodes de prestations de travail à temps plein,

les droits sont définis comme suit:

- pendant les trois premiers mois à partir de la date de mutation, les droits sont définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé;
- à partir du quatrième mois à compter de la date de mutation, les dispositions suivantes s'appliquent:
 - en cas de crédit-temps à temps plein ou de congé social à temps plein: l'exigibilité des primes prend fin, de même que l'assurance collective invalidité. Lors de la reprise de l'activité, les primes sont à nouveau dues à partir du premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise de l'activité. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture dès la reprise de l'activité.
 - en cas de crédit-temps à temps partiel ou de congé social à temps partiel: les droits sont définis conformément à la procédure décrite plus haut sous le point "affilié possédant un contrat de travail pour prestations à temps partiel".

Prépension à mi-temps ou crédit-temps à temps partiel pour l'affilié âgé de plus de 50 ans:

Contrairement aux dispositions décrites ci-dessus, les droits ne sont pas réduits en fonction du taux d'occupation pour l'affilié qui prend sa prépension à mi-temps et pour l'affilié âgé de plus de 50 ans qui prend un crédit-temps à temps partiel pendant toute la période de prépension à mi-temps ou de crédit-temps à temps partiel, mais ils restent définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé, et ce, sur la base de son salaire du mois qui précède la prise du crédit-temps ou la prépension.

Incapacité de travail du travailleur au moment de l'affiliation ou suite à une cause non-couverte:

- en cas d'incapacité de travail partielle les dispositions suivantes sont d'application:
 - pour un travailleur qui est partiellement inapte au travail au moment où il remplit les conditions d'affiliation et pour un affilié qui devient partiellement inapte au travail suite à une cause non-couverte, à partir de la date d'affiliation ou de la date de mutation, les droits sont définis conformément à la procédure décrite plus haut sous le point "affilié possédant un contrat de travail pour prestations à temps partiel".
- en cas d'incapacité de travail totale les dispositions suivantes sont d'application:
 - pour un travailleur qui est totalement inapte au travail au moment où il remplit les conditions d'affiliation, l'affiliation est reportée jusqu'au moment de la reprise de l'activité;
 - pour un affilié qui devient totalement inapte au travail suite à une cause non-couverte, l'exigibilité des primes s'arrête à partir de la date de mutation et l'assurance collective invalidité prend fin pour le travailleur concerné.

Lors de la reprise de l'activité, les primes sont à nouveau dues à partir du premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise de l'activité. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture dès la reprise de l'activité. Le calcul des droits se fait conformément aux dispositions des conditions particulières et sur base du salaire et du taux d'occupation à ce moment.

Si la période d'incapacité de travail suite à une cause non-couverte dure moins de 30 jours, la procédure décrite ci-dessus n'est pas appliquée mais les droits restent définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé.

Suspension du contrat de travail de l'affilié avec perte de salaire:

Lorsque le contrat de travail d'un affilié est suspendu pour une autre raison que l'utilisation de crédit-temps ou de toutes autres formes de congé social, l'exigibilité des primes s'arrête à partir de la date de mutation et l'assurance collective invalidité prend fin pour le travailleur concerné.

Lors de la reprise de l'activité, les primes sont à nouveau dues à partir du premier du mois coïncidant avec ou suivant la date de la reprise de l'activité. L'assureur accorde cependant immédiatement la couverture dès la reprise de l'activité.

Si la suspension du contrat de travail dure moins de 30 jours, la procédure décrite ci-dessus n'est pas appliquée mais les droits restent définis comme si le taux d'occupation de l'affilié était resté inchangé.

Article 7 Transferts

Si l'affiliation définie dans les conditions particulières est déterminée en fonction de la durée de service, les années prestées auprès d'un (des) employeur(s) précédent(s) sont également prises en considération :

- en cas de transfert collectif de travailleurs ;
- en cas de transfert d'un travailleur au sein du groupe d'entreprises qui ont des liens juridiques et économiques et dont l'organisateur fait partie.

Article 8 Prorogation de la date d'expiration

La prorogation signifie que la date d'expiration est chaque fois reportée d'un an (année de prorogation) si l'affilié qui a atteint la date d'expiration reste au service de l'organisateur. Ce report annuel de la date d'expiration ne peut intervenir que pendant au maximum 5 ans après la date d'expiration initiale et au plus tard jusqu'au 65^e anniversaire de l'affilié. Pendant l'année de prorogation, les dispositions du règlement restent en vigueur.

En cas d'incapacité de travail apparue avant la date d'expiration initiale, la rente assurée est versée au plus tard jusqu'à la date d'expiration initiale. En cas d'incapacité de travail apparue pendant l'année de prorogation, la rente assurée est versée au plus tard jusqu'à la fin de l'année de prorogation en cours.

L'affilié ne peut pas reporter d'un an la date d'expiration ou la date d'expiration déjà prorogée si le premier jour de l'année de prorogation:

- il est en état d'incapacité de travail totale; ou
- si son contrat de travail a été suspendu à ce moment; ou
- si l'affilié bénéficie d'une occupation à 0 % dans le cadre d'une mesure sociale.

Si l'affilié est en état d'incapacité de travail partielle au moment où il a atteint la date d'expiration ou la date d'expiration prorogée, la prorogation s'applique uniquement aux droits qui se rapportent à son occupation partielle.

La prorogation n'est que possible si elle est prévue dans les conditions particulières et sur base du tarif mentionné dans les conditions particulières.

Article 9 Etendue géographique

La garantie est valable dans le monde entier pour autant que l'affilié reste soumis à la sécurité sociale belge.

En cas de sinistre survenu à l'étranger, les dispositions de l'article 17 ("Déclaration d'un sinistre et suivi médical") restent d'application. À la demande de l'assureur, l'affilié devra se soumettre à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

Article 10 Acceptation médicale

L'acceptation médicale est la détermination de l'étendue de la garantie, par affilié individuel, sur la base de son état de santé. L'état de santé est constaté au moyen d'une déclaration de santé et/ou d'un questionnaire médical et/ou d'un rapport médical établi par un médecin. Les frais de ces formalités sont à charge de l'assureur. Le choix du mode de constatation dépend des conditions d'acceptation de l'assureur au moment de la demande d'affiliation ou d'augmentation.

En cas de formalités médicales, l'assureur peut, si un risque aggravé est constaté, décider en application de sa politique d'acceptation médicale et pour autant que ce soit autorisé par la législation en vigueur, de facturer une surprime ou de refuser partiellement ou totalement le risque.

En cas de transfert collectif de membres de personnel dans la présente assurance collective invalidité sans période d'interruption de la garantie, il est tenu compte pour la définition des formalités médicales du montant de la garantie de l'assurance collective invalidité précédente. Les surprimes existantes et/ou les clauses d'exclusion restent maintenues. Pour la définition de la préexistence, il est tenu compte de la date d'affiliation au premier plan.

En cas de transfert vers cette assurance collective invalidité d'un travailleur d'une société qui appartient au groupe de sociétés ayant des liens juridico-économiques auxquels appartient l'organisateur, les dispositions relatives aux formalités médicales, aux surprimes, aux clauses d'exclusion et à la préexistence, mentionnées ci-dessus sont également d'application à condition que le travailleur ait été affilié à l'assurance collective invalidité souscrite par la société précédente auprès de l'assureur et que la garantie soit poursuivie sans période d'interruption.

Article 11 Préexistence

Des lésions et des affections sont préexistantes si elles ont été médicalement constatées avant la date d'affiliation. Sont également préexistantes toutes lésions et affections dont les symptômes avaient été médicalement constatés avant la date d'affiliation.

En cas d'incapacité de travail totale due à des lésions ou des affections préexistantes survenant au cours de la première année d'affiliation, la rente assurée sera versée aux affiliés qui ne se sont pas soumis à une acceptation médicale mais sera toutefois plafonnée à la free cover limit qui est utilisée par l'assureur dans le cadre de sa politique d'acceptation médicale. La rente ainsi fixée conformément aux dispositions précitées s'applique à toutes incapacités de travail futures dues à ces lésions ou affections préexistantes, même après la fin de la première année. En cas d'incapacité de travail partielle, le versement sera calculé proportionnellement sur la base de cette rente.

Si l'incapacité de travail due à des lésions ou des affections préexistantes survient au plus tôt un an après la date d'affiliation et si, pendant la première année de l'affiliation, il n'y a pas eu d'incapacité de travail due à ces lésions ou affections, la rente assurée sera versée sans tenir compte du plafond.

La rente qui a été communiquée par écrit à l'affilié après l'acceptation médicale sera versée aux affiliés qui s'étaient soumis à une acceptation médicale et pour lesquels des lésions ou des affections préexistantes avaient été constatées, quel que soit le moment où l'incapacité de travail totale due à des lésions ou des affections préexistantes constatées survient. En cas d'incapacité de travail partielle, le versement sera calculé proportionnellement sur la base de cette rente.

Article 12 Acceptation financière

L'assureur peut demander des informations complémentaires pour vérifier si le montant de la rente assurée est conforme à sa politique d'acceptation financière.

Article 13 Risques exclus

Ne sont pas comprises dans la garantie, les incapacités de travail qui surviennent, sont favorisées ou aggravées:

- à la suite d'une tentative de suicide de l'affilié;
- en conséquence directe et immédiate d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués;
- à la suite d'un fait de guerre, c'est-à-dire un événement qui est la conséquence directe ou indirecte d'une action offensive ou défensive d'un belligérant ou de quelque autre événement de nature militaire;
- à la suite d'un accident survenu avec un aéronef à bord duquel l'affilié a embarqué en qualité de pilote ou de membre du personnel navigant;
- à la suite d'un accident survenu avec un aéronef à bord duquel l'affilié a embarqué en qualité de passager s'il s'agit d'un appareil:
 - dont l'affilié savait ou pouvait savoir qu'il ne disposait pas d'une autorisation de voler pour le transport de personnes ou de biens;
 - d'une force aérienne qui n'est pas autorisée 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";
- à la suite de l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, accélération artificielle des particules atomiques et émission de radio-isotopes, sauf dans le cadre de l'exercice de professions médicales et paramédicales;
- à la suite d'interventions esthétiques, de quelque nature que ce soit;
- à la suite de l'abus chronique d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, de dépendance ou de toute forme de toxicomanie;
- à la suite de troubles subjectifs ou psychiques, excepté ceux dont le diagnostic se fonde sur des phénomènes organiques ou sur des symptômes objectifs;
- à la suite d'une affection allergique assortie d'une invalidité de moins de 25%;
- à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, sauf à partir du quatrième mois après l'accouchement. Une grossesse pathologique est cependant garantie pour autant que l'incapacité de travail ne soit pas la conséquence d'activités nocives. Il faut entendre par grossesse pathologique les complications de la grossesse, tant dans le chef de l'affiliée que de son foetus, résultant d'une situation pathologique ou anormale.
- Les activités nocives sont des activités avec exposition à un risque professionnel entraînant pour la mère et/ou le foetus un risque potentiel ou non, comme:
 - des activités avec des substances chimiques;
 - des activités avec des agents infectieux;
 - des activités avec des radiations ionisantes;
 - des activités avec des cytostatiques (par 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.

Sports

Les risques liés à la pratique d'un sport sont garantis, sauf lorsque le fait qui est à l'origine du sinistre s'est produit:

- à la suite de la pratique professionnelle ou de la pratique dans le cadre d'un contrat de travail de quelque sport que ce soit, même à titre accessoire, y compris les exercices préparatoires à cette pratique sportive;

- à la suite de la participation à des tentatives de records, voyages d'exploration ou expéditions sportives.

Article 14 Acte intentionnel et faute grave

Ne sont pas comprises dans la garantie, les incapacités de travail qui surviennent, sont favorisées ou aggravées:

- par un acte intentionnel posé par la personne intéressée par les paiements, ou sur son incitation; un acte intentionnel est un acte qui est posé avec l'intention de causer des lésions à un affilié.
- par les cas énumérés ci-après de faute grave de l'affilié ou de la personne intéressée par les paiements:
 - toute participation à des crimes, délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provoquant ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense;
 - tout acte notoirement téméraire, dont on est censé savoir qu'il constitue une menace pour l'intégrité physique, sauf dans le cas d'une tentative pour sauver des personnes ou des biens;
 - tout acte notoirement téméraire, posé par un tiers avec l'approbation de l'affilié ou de toute personne intéressée par les paiements, par lequel un affilié subit des dommages corporels;
 - le fait d'être sous l'influence de boissons alcoolisées, de stupéfiants ou de médicaments, sauf s'il n'y a pas de causalité entre cet état et le sinistre.

Article 15 Rechute

On parle de rechute lorsque l'affilié subit une incapacité de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie déjà garanti(e) auparavant.

En cas de rechute dans les 30 jours, il n'est pas appliqué de nouveau délai de carence.

La rente au début de la reprise de l'incapacité de travail est identique à la dernière rente versée pendant la période d'incapacité de travail précédente, comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail.

Article 16 Limitation de la rente

Lorsque le degré d'incapacité de travail peut être réduit par une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou le port d'une prothèse et que l'affilié refuse de s'y soumettre, l'assureur n'est plus tenu qu'à l'indemnisation de l'incapacité de travail réduite comme si l'affilié s'était soumis à l'intervention ou au traitement, et ce, pour autant que le degré d'incapacité de travail ainsi réduit entre en ligne de compte pour une indemnisation.

Article 17 Déclaration d'un sinistre et suivi médical

Tout sinistre susceptible de donner lieu à une intervention doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours de sa survenance. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention à concurrence du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit apportée que la déclaration du sinistre a été introduite aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être effectuée par le biais du formulaire prévu à cette fin et être accompagnée des documents, attestations et rapports originaux qui peuvent prouver l'existence et la gravité du sinistre.

Les déclarations médicales du médecin traitant sont fournies par l'affilié au médecin-conseil de l'assureur. L'assureur peut demander à l'affilié des informations complémentaires ou le prier de se soumettre à des examens médicaux supplémentaires.

Le cas échéant, l'assureur attendra les résultats avant de décider si le sinistre est couvert ou non.

S'il n'est pas satisfait à l'une de ces obligations, l'assureur peut réduire son intervention à concurrence du préjudice qu'il a subi.

L'affilié signale dans les 15 jours toute modification de son état de santé qui entraîne ou pourrait entraîner une augmentation ou une réduction du degré d'incapacité de travail. La rente attribuée sera adaptée en fonction de la modification du degré d'incapacité de travail. L'assureur peut récupérer toute somme indûment versée, majorée des intérêts légaux.

En cas de présentation de faux certificats, de fausses déclarations ou de dissimulation intentionnelle de certains faits ou circonstances qui sont de toute évidence importants pour l'appréciation du sinistre, l'assureur peut refuser son intervention et récupérer toute somme indûment versée, majorée des intérêts légaux.

Article 18 Début et fin de la garantie

La période de couverture de la garantie commence et finit au plus tard aux dates respectives mentionnées à cet égard dans les conditions particulières. Le règlement entre cependant en vigueur au plus tôt après que l'assureur a reçu la première prime.

Article 19 Durée et résiliation du règlement

Le règlement est conclu pour une durée d'un an. Sauf résiliation, le règlement est reconduit tacitement pour 1 an à la fin de chaque année d'assurance.

Tant l'organisateur que l'assureur peuvent résilier ce règlement par courrier recommandé à chaque date d'adaptation annuelle, moyennant un délai de préavis de minimum trois mois.

L'organisateur peut résilier le règlement par courrier recommandé au moins trois mois avant la date anniversaire de la prise d'effet de l'assurance.

Article 20 Modification du tarif

Lorsque l'assureur réalise une modification du tarif, l'organisateur peut résilier le règlement. La modification du tarif est communiquée au moins 4 mois avant la date d'adaptation annuelle du règlement et l'organisateur peut résilier le règlement par courrier recommandé dans le mois suivant la notification. Si la modification du tarif est communiquée au cours des 4 mois précédant la date d'adaptation annuelle, l'organisateur peut résilier le règlement dans un délai de trois mois suivant la notification.

Article 21 Obligations de l'assureur en cas de résiliation du règlement

En cas de résiliation du règlement, pour quelque motif que ce soit, l'assureur accordera l'intervention pour toute incapacité de travail garantie qui a commencé avant la date de la résiliation du règlement.

Il n'y aura pas d'intervention en cas d'aggravation de cette incapacité de travail qui a débuté après la résiliation du règlement. La date du début ou de l'aggravation de l'incapacité de travail est définie par un médecin.

Article 22 Paiement de prime

L'assureur remet périodiquement à l'organisateur un bordereau reprenant le détail de la prime à payer. La périodicité du paiement de prime est mentionnée dans les conditions particulières.

Lorsque la prime n'est pas payée à la date d'exigibilité, l'assureur enverra par recommandé à l'organisateur une lettre de rappel avec mise en demeure. En cas de non-paiement de la prime dans le délai de paiement imparti, l'assureur peut suspendre la couverture ou résilier le règlement.

La suspension de la couverture est levée le lendemain du jour où l'assureur a reçu les primes arriérées, majorées des intérêts et des frais.

Article 23 Exigibilité des primes et taxes

Début de l'exigibilité des primes, par affilié:

- les primes sont dues à partir de l'affiliation administrative pour les droits respectifs;
- si l'affiliation intervient dans le courant d'une année d'assurance, les primes sont dues au prorata pour cette année-là.

Modification et fin de l'exigibilité des primes:

- en cas de modification des droits et/ou des éléments de calcul, l'exigibilité des nouvelles primes prend cours à la date d'adaptation annuelle ou à la date de mutation;
- en cas de sortie du travailleur, l'exigibilité des primes prend fin le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date dudit événement;
- en cas de suspension du contrat de travail avec perte de revenu pour plus de 30 jours pour une cause autre que l'incapacité de travail, l'exigibilité des primes prend fin le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de la suspension;
- si l'affilié atteint la date d'expiration, l'exigibilité des primes prend fin à la date d'expiration;
- en cas de décès de l'affilié, l'exigibilité des primes prend fin à la date de l'exigibilité qui précède le décès. Néanmoins si le paiement de primes s'effectue au début de la période d'exigibilité, l'exigibilité des primes prend fin à la date de l'exigibilité qui suit le décès.

Les taxes sont dues à partir du moment où les primes sont dues.

Les primes et les taxes sont payées par l'organisateur à l'assureur à la date de l'exigibilité.

L'organisateur retient du salaire de l'affilié les primes et taxes éventuelles à charge de ce dernier dans les mêmes délais que ceux du paiement du salaire.

Article 24 Sortie d'un affilié

Si un affilié quitte le service de l'organisateur, l'assureur est tenu de verser les indemnités qui se rapportent à toute incapacité de travail garantie qui a commencé pendant son service auprès de l'organisateur.

Il n'y aura pas d'intervention en cas d'aggravation de cette incapacité de travail qui a débuté après la sortie de l'affilié. La date du début ou de l'aggravation de l'incapacité de travail est définie par un médecin.

Article 25 Protection de la vie privée

Les données qui concernent l'affilié sont reprises dans des fichiers tenus afin de pouvoir rédiger, gérer et exécuter les contrats d'assurance.

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée concernant le traitement de données à caractère personnel et à toute modification ultérieure qui remplace et/ou complète les dispositions de cette loi, l'affilié peut prendre connaissance de ses données à caractère personnel et si nécessaire faire procéder à leur rectification.

Le responsable du traitement est P&V Assurances sc.

Article 26 Infractions à l'obligation de déclaration

Si, lors de la conclusion du règlement, l'organisateur a intentionnellement dissimulé ou communiqué erronément des données relatives au risque, de telle sorte que l'assureur a été trompé lors de l'appréciation du risque, le règlement est nul et non avenu.

Si l'affilié commet une infraction semblable à l'obligation de déclaration, le règlement est nul et non avenu à l'égard de cet affilié.

Les primes qui sont échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de la dissimulation ou de la communication erronée sont acquises à l'assureur.

Article 27 Litiges médicaux

Les contestations relatives aux aspects médicaux peuvent, moyennant l'accord de l'assureur et de la personne à examiner ou de son représentant, être tranchées par le biais d'une expertise médicale à l'amiable. Les deux parties engagent 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 supportera les honoraires et les débours du médecin désigné par elle. Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'exams spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie.

Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions du présent règlement.

Article 28 Correspondance

Tous les courriers sont envoyés valablement à l'adresse communiquée par la partie qui en est le destinataire. Si une partie change d'adresse, elle communiquera immédiatement sa nouvelle adresse à l'autre partie. Si la partie omet de faire cette communication, tout courrier sera envoyé valablement à la dernière adresse communiquée.