



Algemene
voorwaarden

P&V Aanvullende verzekeringen arbeidsongeschiktheid

Premieteruggave bij arbeidsongeschiktheid
GewaARBorgd Inkomen

REF. E003 (05.2024)



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Hoofdstuk 1 – Definities.....	3
Hoofdstuk 2. Bestanddelen van deze verzekeringsovereenkomst	4
Hoofdstuk 3. Doel en verzekerde prestaties van de verzekeringsovereenkomst	4
Artikel 1 – Doel.....	4
Artikel 2 – Verzekerde prestaties.....	4
Artikel 3 – Beperkingen van de waarborg.....	7
Artikel 4 – Uitbreidingen van de waarborg.....	7
Artikel 5 – Terrorisme	8
Hoofdstuk 4. Rechten en verplichtingen van de partijen	9
Artikel 6 – Mededelingen in verband met het risico.....	9
Artikel 7 – Premiebetaling	10
Artikel 8 – Schadeafhandeling	10
Artikel 9 – Kennisgevingen	11
Hoofdstuk 5. Verloop van de verzekeringsovereenkomst	12
Artikel 10 – Wijziging van het tarief en/of de voorwaarden.....	12
Artikel 11 – Aanvang, duur en einde van de aanvullende verzekering.....	12
Hoofdstuk 6. Algemene bepalingen	13
Artikel 12 – Fiscaliteit	13
Artikel 13 – Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken	13
Wettelijke vermeldingen	13



P&V Aanvullende verzekeringen arbeidsongeschiktheid

Hoofdstuk I – Definities

Arbeidsongeschiktheid

De gedeeltelijke of volledige ongeschiktheid om beroepswerkzaamheden te verrichten in gevolge de aantasting van de fysieke of psychische integriteit van de verzekerde. Arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op medische gronden.

Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die de verzekering afsluit en die in de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld.

Verzekerde

De natuurlijke persoon op wiens hoofd het risico van het zich voordoen van de arbeidsongeschiktheid gelegen is en die in de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld.

Begunstigde(n)

De natuurlijke persoon en/of rechtspersoon die recht hebben/heeft op de verzekerde uitkeringen.

Maatschappij

P&V Verzekeringen cv gevestigd te België, 1210 Brussel, Koningsstraat 151.

Ziekte

Iedere aantasting van de gezondheid van de verzekerde door een andere oorzaak dan een ongeval en vastgesteld door een arts die wettelijk gemachtigd is in België zijn praktijk uit te oefenen.

Pathologische verwickelingen ingevolge zwangerschap op basis van een medisch attest en zoals omschreven in deze verzekeringsovereenkomst, worden met een ziekte gelijkgesteld. Het normale verloop van een zwangerschap en een bevalling, alsook de moederschapsrust, worden niet beschouwd als een ziekte en geven geen recht op enige verzekeringsprestatie.

Ongeval

Plotse en toevallige gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde of iedere andere persoon die bij de verzekering belang heeft, die een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken zich buiten het organisme van de verzekerde bevindt.

Eigen risicotermijn

De periode die begint op de dag vastgesteld door een arts als het begin van de arbeidsongeschiktheid en waarvan de duur vastgelegd is in de Bijzondere Voorwaarden. Tijdens deze periode zijn de verzekerde prestaties niet verschuldigd door de maatschappij.

Voorafbestaande aandoening

De vermindering van de lichamelijke of psychische integriteit ten gevolge van ongevallen, ziekte en aandoeningen die zich hebben voorgedaan voor de aanvangsdatum van het contract of de aanvangsdatum van een latere verhoging of uitbreiding van het contract en waarvan de verzekerde geen of onvolledig melding heeft gemaakt



Hoofdstuk 2. Bestanddelen van deze verzekeringsovereenkomst

De verzekeringsovereenkomst bestaat uit deze Algemene Voorwaarden, de Algemene Voorwaarden van de hoofdverzekering en de Bijzondere Voorwaarden (inclusief eventuele bijvoegsels en bijlagen).

De Algemene Voorwaarden van de hoofdverzekering zijn van toepassing op de aanvullende verzekering voor zover de bedingen van de aanvullende verzekering er niet van afwijken.

Deze documenten vormen een geheel en moeten samen worden gelezen, maar bij tegenstrijdigheden hebben de Bijzondere Voorwaarden voorrang.

Hoofdstuk 3. Doel en verzekerde prestaties van de verzekeringsovereenkomst

Artikel 1 – Doel

Deze aanvullende verzekeringsovereenkomst waarborgt de betaling van de prestaties bepaald in de Bijzondere Voorwaarden volgens de daarin vastgelegde modaliteiten, wanneer de verzekerde wordt getroffen door een arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door een ziekte en/of een ongeval.

Het doel van deze aanvullende verzekering wat betreft de waarborg “Rente bij arbeidsongeschiktheid” is het vergoeden van een verlies aan beroepsinkomen als gevolg van de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.

Artikel 2 – Verzekerde prestaties

De verzekerde prestaties zijn afhankelijk van de gekozen waarborgen, de eigen risicotermijn, het type waarborg, het type rente en de arbeidsongeschiktheidsgraad.

Alle modaliteiten en bedragen worden vastgelegd in de Bijzondere Voorwaarden. In geval van burn-out is een wachttijd van toepassing zoals vermeld in punt 4.2.

De maatschappij houdt rekening met het maximaal te verzekeren bedrag zoals toegelaten door de Belgische fiscale wetgeving.

2.1. Waarborgen

Premieterugbetaling bij arbeidsongeschiktheid

De maatschappij verbindt er zich toe over te gaan tot de in de Bijzondere Voorwaarden verzekerde premieterugbetaling in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad, met name van

- de periodieke premie voor de hoofdverzekering,
- de premie voor de eventuele aanvullende verzekering “Ongevallen” en
- de premie voor de eventuele aanvullende verzekering “Ernstige Aandoeningen”,

wanneer de verzekerde wegens ziekte of ongeval een arbeidsongeschiktheid oploopt, waarvan de duur de overeengekomen eigen risicotermijn overschrijft.

De begunstigde van de premieterugbetaling is de verzekeringnemer.

Bij het ingaan van de verzekerde prestatie verkrijgt de inrichter eveneens het recht op terugbetaling in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad van de premie van deze aanvullende verzekering arbeidsongeschiktheid.

Rente bij arbeidsongeschiktheid

De maatschappij keert de in de Bijzondere Voorwaarden bepaalde jaarrente uit wanneer de verzekerde wegens ziekte of ongeval een gewaarborgde arbeidsongeschiktheid oploopt. De jaarrente is betaalbaar per maand in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad, na het verstrijken van de eigen risicotermijn.

De begunstigde van de jaarlijkse rente is de verzekeringnemer.

Bij het ingaan van de verzekerde prestatie verkrijgt de verzekeringnemer eveneens het recht op terugbetaling in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad van de premie van deze aanvullende verzekering arbeidsongeschiktheid.

2.2. Eigen risicotermijn

Voor elke vergoedbare periode van arbeidsongeschiktheid geldt een eigen risicotermijn waarvan de duur in de Bijzondere Voorwaarden is vastgelegd. Indien tijdens de eigen risicotermijn of in de loop van de uitkering van een verzekerde prestatie



zich een extra arbeidsongeschiktheid voordoet als gevolg van een andere oorzaak, past de maatschappij voor de eventuele bijkomende verzekerde prestaties een nieuwe eigen risicotermijn toe.

De Bijzondere Voorwaarden kunnen vermelden dat er geen behoud is van de eigen risicotermijn vanaf 60 jaar indien de arbeidsongeschiktheid een gevolg is van een ziekte. In dat geval bedraagt de eigen risicotermijn vanaf de leeftijd van 60 jaar altijd 365 dagen.

Indien de verzekeringnemer gekozen heeft voor een “overbrugging van de eigen risicotermijn”, vindt de uitkering plaats vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid onafgebroken langer duurt dan het in de Bijzondere Voorwaarden vermelde aantal dagen. De overbrugging van de eigen risicotermijn kan, volgens de keuze van de verzekeringnemer, toegepast worden:

- ofwel bij volledige arbeidsongeschiktheid door ziekte of ongeval;
- ofwel bij gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheid door ongeval.

Er zal geen nieuwe eigen risicotermijn worden toegepast:

- bij hervat, indien bij de verzekerde binnen de 3 maanden na het einde van een gewaarborgde arbeidsongeschiktheid een nieuwe gewaarborgde arbeidsongeschiktheid optreedt die te wijten is aan hetzelfde ongeval of dezelfde ziekte;
- bij verwijdering van osteosynthesemateriaal, d.w.z. mechanische hulpmiddelen, zoals schroeven, platen, nagels of metaaldraden, waarmee heelkundige breukfragmenten van beenderen aan elkaar worden gezet.

Indien de verzekeringnemer ervoor gekozen heeft meerdere eigen risicotermijnen te combineren in één contract, wordt per eigen risicotermijn een rente vastgesteld. Per contract moet gekozen worden voor eenzelfde type waarborg en type rente.

2.3. Type waarborg

Het type waarborg duidt aan bij welke oorzaak van arbeidsongeschiktheid de verzekerde prestaties worden uitgekeerd:

- ofwel door ziekte en ongeval
- ofwel door ziekte.

2.4. Type rente

Het gekozen type rente is:

- ofwel een **constante** rente:
de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde rente en de premie blijven tijdens de volledige looptijd van de verzekering ongewijzigd.
- ofwel een **klimmende** rente:
de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde rente zal vanaf de 366ste dag gewaarborgde arbeidsongeschiktheid jaarlijks stijgen met het in de Bijzondere Voorwaarden vermelde percentage. De stijging wordt telkens berekend op het vorige bedrag. Na stopzetting van de prestatie wordt de rente teruggebracht op het contractueel voorziene basisbedrag. De premie blijft ongewijzigd.
Indien in de loop van de uitkering van een verzekerde prestatie zich een andere gewaarborgde arbeidsongeschiktheid voordoet als gevolg van een andere oorzaak, wordt de overeenstemmende rente berekend op het contractueel voorziene basisbedrag.
- ofwel een **ideaal klimmende** rente:
de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde rente en de premie stijgen jaarlijks met het in de Bijzondere Voorwaarden vermelde percentage en dit tijdens de volledige looptijd van het contract dus zowel voor, tijdens, als na de arbeidsongeschiktheid. De stijging wordt telkens berekend ten opzichte van het contractueel voorziene basisbedrag.

2.5 Arbeidsongeschiktheidsgraad

Om recht te verkrijgen op de verzekerde prestaties en om dat recht te behouden, moet de arbeidsongeschiktheid minstens 25% bedragen.

De arbeidsongeschiktheidsgraad bepaalt het bedrag van de verzekerde prestatie:

- minstens 67%: het bedrag van de verzekerde prestatie is gelijk aan 100 % van de verzekerde jaarrente en van het bedrag van de terug te betalen premie;
- minstens 25 % maar minder dan 67%: het bedrag van de verzekerde prestatie is gelijk aan het vastgestelde percentage van de arbeidsongeschiktheid toegepast op de verzekerde jaarrente en op het bedrag van de terug te betalen premie.
- minder dan 25 %: er is geen recht op de verzekerde prestatie.

Indien de verzekeringnemer gekozen heeft voor een uitkering “enkel bij volledige arbeidsongeschiktheid” wordt de verzekerde prestatie enkel uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheidsgraad van 67% of meer.



Vaststelling arbeidsongeschiktheidsgraad

De arbeidsongeschiktheidsgraad wordt vastgesteld door de adviserende arts van de maatschappij en is, tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid evenredig aan het verlies van de fysieke of psychische geschiktheid van de verzekerde tot het uitoefenen van de beroepsactiviteiten van de verzekerde vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Vanaf het tweede jaar wordt de arbeidsongeschiktheidsgraad uitsluitend vastgesteld evenredig aan het verlies van de fysieke of psychische geschiktheid van de verzekerde tot het uitoefenen van om het even welke beroepsactiviteit die verenigbaar is met zijn kennis en vaardigheden. Andere economische criteria worden niet in aanmerking genomen.

Waarborguitbreiding

De Bijzondere Voorwaarden vermelden een eventuele uitbreiding van de arbeidsongeschiktheidsgraad met de fysiologische ongeschiktheidsgraad. Ook indien deze uitbreiding gekozen werd, blijft het doel van de verzekering om een verlies van beroepsinkomen te vergoeden. De verwijzing naar de fysiologische ongeschiktheid dient enkel om het bedrag van de toe te kennen uitkering te bepalen: het bedrag van de verzekerde prestatie wordt dan bepaald op basis van de hoogste graad van hetzij de arbeidsongeschiktheidsgraad, hetzij de graad van fysiologische ongeschiktheid.

De graad van de fysiologische ongeschiktheid dient uitsluitend in België vastgesteld te worden. Hij wordt bepaald bij medische beslissing onder verwijzing naar de Europese Schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit.

De arbeidsongeschiktheidsgraad moet minstens 25% bedragen om recht te verkrijgen op de verzekerde prestatie en om dat recht te behouden, enkel dan kan deze uitbreiding met betrekking tot de fysiologische ongeschiktheidsgraad toepassing vinden.

2.6. Uitkering van de verzekerde prestaties

Bij een aanspraak op uitkering wordt nagegaan of de verzekerde jaarrente het maximaal te verzekeren bedrag zoals toegelaten door de Belgische fiscale wetgeving overschrijdt. Bij overschrijding wordt de verzekerde rente verminderd tot deze maximale dekking.

Ingeval van vermindering van de jaarrente bij schade, betaalt de maatschappij aan de verzekeringnemer het gedeelte van de premie terug dat te veel werd betaald gedurende maximum een jaar voorafgaand aan de maand waarin werd vastgesteld dat de verzekerde rente te hoog is.

Als blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de maximale jaarrente, dan wordt de uitkering in ieder geval bepaald op basis van de verzekerde jaarrente.

Bij een arbeidsongeschiktheid vanaf 67% wordt aan de begunstigde per dag 1/365ste deel van de verzekerde prestatie toegekend. Bij een arbeidsongeschiktheid van minder dan 67% is de uitgekeerde prestatie evenredig aan de arbeidsongeschiktheidsgraad.

De prestatie is betaalbaar per maand voor het eerst dertig dagen na het verstrijken van de eigen risicotermijn. De uitkering houdt op met een proportionele regeling in functie van het aantal kalenderdagen aan het einde van de arbeidsongeschiktheid die recht geeft op uitkering en op zijn laatst wanneer de verzekeringsperiode is afgesloten of het contract vernietigd wordt.

In ieder geval vervalt het recht op uitkering van zodra de verzekerde een wettelijk pensioen ontvangt, zelfs indien de eigenlijke pensioenrechten om eender welke reden tijdelijk werden geschorst.

2.7. Medische en financiële formaliteiten

Er is in het kader van de aanvaarding van de aanvullende verzekering arbeidsongeschiktheid een acceptatiebeleid uitgewerkt dat medische en financiële formaliteiten voorschrijft die moeten doorlopen worden door de verzekerde.

Bij de onderschrijving, het terug in voege stellen van de verzekering of toekomstige wijzigingen kan de aanvaarding van de prestaties afhankelijk zijn van het resultaat van deze medische en financiële formaliteiten.

Op grond van het resultaat van de medische formaliteiten, kan de maatschappij een bijpremie aanrekenen en/of bepaalde aandoeningen uitsluiten of het risico geheel weigeren. Een eventueel medisch onderzoek uitgevoerd door een arts gebeurt op kosten van de maatschappij tenzij de onderschrijving, het terug in voege stellen of de wijzigingen door de verzekeringnemer wordt stopgezet. Bijzondere uitgaven die hiervan het gevolg zijn (bijvoorbeeld verplaatsingskosten) vallen ten laste van de verzekerde.

2.8. Territoriale geldigheid

De waarborg geldt over de hele wereld op voorwaarde dat de verzekerde zijn wettelijke hoofdverblijfplaats in België heeft en is aangesloten bij de Belgische sociale zekerheid. Wanneer de verzekerde zijn wettelijke hoofdverblijfplaats definitief in het buitenland vestigt, kan de maatschappij de verzekering opzeggen.

Bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid moet aan bovenvermelde voorwaarde voldaan zijn. In de loop van de arbeidsongeschiktheid wordt de waarborg in het buitenland slechts verleend voor zover de maatschappij de nodige medische en feitelijke controle kan uitoefenen. Op verzoek van de maatschappij moet de verzekerde zich voor medisch onderzoek aanbieden bij een arts in België.

Bijzondere uitgaven die hiervan het gevolg zijn (bijvoorbeeld verplaatsingskosten) vallen ten laste van de verzekerde.

Artikel 3 – Beperkingen van de waarborg

3.1. Uitgesloten risico's

1. Zijn niet in de waarborg begrepen, de arbeidsongeschiktheden die ontstaan, bevorderd of verergerd worden door de grove schuld van de verzekerde, de verzekeringnemer, de begunstigde of ieder ander persoon die belang heeft bij de uitkering.

Als grove schuld wordt in aanmerking genomen:

- elke daad gesteld met opzet of met goedvinden van de verzekerde, de verzekeringnemer, de begunstigde of een ander persoon die belang heeft bij de uitkering;
 - elke deelname aan misdrijven, wantoestanden of vechtpartijen al dan niet het gevolg zijnde van provocerend gedrag of twist, met uitzondering van de gevallen van wettige zelfverdediging;
 - kennelijk roekeloze daden, behalve bij redding van personen of goederen; zelfverminking alsook alle behandelingen of bewerkingen die de verzekerde op zichzelf zou toepassen, behalve de daden van normale persoonlijke verzorging;
 - het onder invloed zijn van alcoholische drank of verdovende middelen of van geneesmiddelen, behalve indien er geen oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en het schadegeval.
2. Zijn evenmin in de waarborg begrepen, de arbeidsongeschiktheden die ontstaan, bevorderd of verergerd worden door:
- voorafbestaande aandoeningen;
 - elke poging tot zelfmoord van de verzekerde;
 - subjectieve aandoeningen zonder objectieve symptomen of zonder medisch aantoonbare ondergrond;
 - psychische aandoeningen, met uitzondering van de bepalingen in artikel 4.2.;
 - esthetische ingrepen, van welke aard ook;
 - een ramp te wijten aan de nucleaire radioactiviteit;
 - oorlog of een daarmee overeenstemmende toestand;
 - oproer of gewelddaden (direct of indirect), behalve wanneer kan aangetoond worden dat de verzekerde hieraan niet actief deelnam of dat hij zich in staat van wettelijke zelfverdediging bevond;
 - het hanteren van wapens en springstoffen of deelname aan militaire prestaties;
 - misbruik van alcohol, verdovende middelen of geneesmiddelen, eender welke vorm van toxicomanie of alcoholisme;
 - werken op grote hoogten (meer dan vijftien meter).

3.2. Uitgesloten risico's, tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden

Tenzij uitdrukkelijk bedongen in de Bijzondere Voorwaarden, zijn eveneens uitgesloten de arbeidsongeschiktheden die ontstaan, bevorderd of verergerd worden door:

1. kennelijk gevaarlijke beroepsactiviteiten, zoals **onder meer maar niet uitsluitend** bouw- of afbraakwerken, afdalen in mijnen of groeven, alle werkzaamheden te water of onder water, het gebruik of behandelen van bijtende producten, het gebruik van gevaarlijke machines, het snoeien of vellen van hoogstammige bomen;
2. het gebruik van luchtvaartuigen waarop de verzekerde inscheepte als passagier, wanneer het een toestel betreft:
 - dat geen vliegvergunning heeft voor het vervoer van personen of goederen;
 - van een luchtmacht; het overlijden wordt evenwel gewaarborgd wanneer het een toestel betreft dat op het ogenblik van het ongeval bestemd was voor personenvervoer;
 - dat producten met strategische kenmerken vervoert in streken waar vijandelijkheden aan de gang zijn of opstand heerst;
 - dat zich voorbereidt tot of deelneemt aan een sportwedstrijd;
 - dat proefvluchten uitvoert;
 - van het type "ultralicht gemotoriseerd".
3. de bezoldigde beoefening van om het even welke sporttak, met inbegrip van de voorbereidende oefeningen hierop.
4. de beoefening van alle gevechtssporten en van andere gevaarlijke sporten zoals **onder meer maar niet uitsluitend**: sport- of zweefvliegen, deltavliegen, sprongen vanaf grote hoogten, alpinisme, bobslee, skeleton, skispringen, skiën in competitie, hindernisspringen te paard, paardenkoersen, polo, speleologie, onderzeese verkenningstochten, diepzeeduiken, rafting, rugby, jachtsport;
5. het gebruik, als bestuurder, passagier of bemanningslid van elk voertuig van welke aard ook, dat deelneemt aan sportproeven, -competities of -wedstrijden, of aan de voorbereiding ervan.

Artikel 4 – Uitbreidingen van de waarborg

4.1. Zwangerschap en bevalling

Indien de verzekerde ten gevolge van een zwangerschap of bevalling meer dan 3 maanden na de bevalling geheel of gedeeltelijk ongeschikt is op fysieke of psychische gronden om haar beroepswerkzaamheden te verrichten, verleent de maatschappij de waarborg vanaf de vierde maand na de bevalling.



Een pathologische zwangerschap is, na het verstrijken van de eigen risicotermijn, wel onmiddellijk gewaarborgd, voor zover de stopzetting of vermindering van de werkzaamheden niet het gevolg is van ongezonde werkzaamheden.

Een pathologische zwangerschap betekent dat er zwangerschapsverwikkelingen zijn, zowel uit hoofde van de verzekerde als van haar foetus, ten gevolge van een ziekelijke of afwijkende toestand.

Ongezonde werkzaamheden zijn werkzaamheden met blootstelling aan een beroepsrisico waardoor een al dan niet potentieel gevaar optreedt voor moeder en/of foetus zoals erkend in de wettelijke regeling op de moederschapsbescherming. Deze werkzaamheden omvatten onder meer werkzaamheden met scheikundige stoffen, infectieuze agentia, ioniserende stralingen, cytostatica (zoals bv. bij anti-kankermiddelen), tillen van lasten, in hoge temperaturen, met nachtarbeid.

4.2. Psychische aandoeningen, burn-out, CVS en fibromyalgie

Psychische aandoeningen zijn aandoeningen die behoren tot het domein van de psychiatrie en waarvan de diagnose aan de hand van objectieve symptomen onbetwistbaar vastgesteld werd door een in België erkende psychiater en die voldoen aan de criteria voorzien in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) of zijn latere versies.

De volgende psychische aandoeningen zijn gewaarborgd: bipolaire stoornis, psychotische stoornis, schizofrenie, dissociatieve stoornis, obsessief-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, boulimia nervosa.

Bij een arbeidsongeschiktheid als gevolg van een depressie of een andere psychische aandoening dan deze hierboven opgesomd, wordt de verzekerde prestatie toegekend gedurende een al dan niet onderbroken periode van maximum 730 kalenderdagen, op voorwaarde dat het werkelijk bestaan van de aandoening en de arbeidsongeschiktheid duidelijk is en erkend wordt.

Deze periode van 730 kalenderjaren en voorwaarde tot erkenning gelden eveneens bij een arbeidsongeschiktheid als gevolg van burn-out, chronische vermoeidheidssyndroom (CVS) en fibromyalgie. De draagwijdte van de aandoening en de hiermee gepaard gaande arbeidsongeschiktheid moeten worden aangetoond door een geneeskundig verslag met vermelding van de diagnose, de beschrijving van de symptomen, de specialistische onderzoeken en de resultaten van eventuele technische onderzoeken van een in België erkende gespecialiseerde arts en/of expert in deze materie.

Voor de aandoening burn-out geldt een wachttijd van drie maanden. Gedurende deze periode, die aanvangt op de ingangsdatum van de waarborg, kan geen enkel recht op prestatie worden geopend.

De periode van 730 kalenderdagen wordt verlengd met de periodes van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis die plaatsvonden vóór het verstrijken van de periode van 730 kalenderdagen. De periode van 730 kalenderdagen geldt éénmalig over de volledige looptijd van het contract, ongeacht of het over een nieuwe arbeidsongeschiktheid gaat dan wel om een voortzetting van een bestaande arbeidsongeschiktheid, en gaat in na het verstrijken van de eigen risicotermijn.

De maatschappij behoudt zich het recht voor om, afhankelijk van de aandoening, een in België erkende gespecialiseerde arts en/of expert in deze materie aan te stellen.

Artikel 5 – Terrorisme

Schade die veroorzaakt wordt door terrorisme is verzekerd overeenkomstig de Wet van 1 april 2007. De maatschappij is lid van de vzw TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). In het kader van deze wet werd een Comité opgericht dat bevoegd is voor de erkenning van de schadegevallen en de vaststelling van de uit te keren schadebedragen. Voor het geheel van onze verbintenissen aangegaan ten opzichte van al onze verzekerden dekken wij, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, gezamenlijk met alle andere verzekeringsondernemingen die lid zijn van de vzw TRIP en met de Belgische staat de door het Comité per kalenderjaar erkende schadegevallen tot een bedrag van 1 miljard euro. Dit bedrag wordt jaarlijks op 1 januari aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen met als basis het indexcijfer van december 2005.

De schade veroorzaakt door nucleaire wapens is altijd uitgesloten van dekking.

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de autoriteiten onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Voorkoming van de financiering van terrorisme – Nationale lijst van personen en entiteiten verdacht van terroristische daden

Het KB van 28 december 2006 verbiedt eenieder om tegoeden of economische middelen direct of indirect ter beschikking te stellen van de personen en entiteiten die voorkomen op de Nationale lijst van personen en entiteiten verdacht van terroristische daden en vereist dat financiële instellingen deze tegoeden of economische middelen bevriezen. Onverminderd de toepasselijke voorschriften inzake rapportering, vertrouwelijkheid en beroepsgeheim zijn financiële instellingen verplicht om onverwijld alle informatie die betrekking heeft op de bevriezing van dergelijke tegoeden en economische middelen te verstrekken aan de Minister van Financiën.



Hoofdstuk 4. Rechten en verplichtingen van de partijen

Artikel 6 – Mededelingen in verband met het risico

6.1. Mededelingen bij het afsluiten van de aanvullende verzekering

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht om alle hen bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de maatschappij. Het gaat onder meer om alle bijzonderheden in het kader van de gezondheidstoestand, het sociaal statuut, het beroepsinkomen, de beroepsactiviteiten en vrijetijdsactiviteiten.

Indien bij andere maatschappijen gelijkaardige waarborgen worden verzekerd, is de verzekeringnemer verplicht dit aan de maatschappij te melden.

6.2. Onbetwistbaarheid

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen van de aanvang van de verzekering, kan de maatschappij zich niet meer beroepen op het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde:

- wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekering reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar;
- wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekering nog op geen enkele wijze had gemanifesteerd.

6.3. Opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de maatschappij misleidt bij de beoordeling van dat risico, is de verzekeringsovereenkomst nietig.

De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de maatschappij kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

6.4. Onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens

Binnen de termijn van een maand te rekenen van de dag waarop de maatschappij kennis heeft gekregen van het verwijtbaar onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens, kan de maatschappij:

- de verzekering opzeggen, indien zij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd;
- voorstellen de verzekering te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van deze gegevens.

Indien het voorstel tot wijziging door de verzekeringnemer/verzekerde wordt geweigerd of niet wordt aanvaard binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, kan de maatschappij de verzekering opzeggen binnen 15 dagen.

Indien een schadegeval zich voordoet voordat de opzegging of de wijziging van de verzekering van kracht is geworden, heeft de maatschappij het recht om haar prestatie te beperken:

- tot het bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies indien de maatschappij het risico nooit zou hebben verzekerd;
- volgens de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien hij het risico correct had meegedeeld.

6.5. Mededelingen in de loop van de aanvullende verzekering

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht de maatschappij vooraf en uiterlijk binnen de 30 dagen schriftelijk op de hoogte te brengen van:

- elke wijziging of stopzetting van het beroep en/of de beroepsactiviteiten;
- een wijziging van het sociaal statuut;
- een wijziging in de vrijetijdsactiviteiten;
- een daling van het beroepsinkomen;
- het bestaan van een gelijkaardige verzekering op het hoofd van de verzekerde;
- een verandering van de wettelijke verblijfplaats naar het buitenland.

Binnen de termijn van een maand te rekenen van de dag waarop de maatschappij kennis heeft gekregen van dergelijke mee te delen gegevens, kan de maatschappij:

- de verzekering opzeggen, indien zij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd;
- voorstellen de verzekering te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van deze gegevens indien deze een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking. In dat geval kan de maatschappij de premie, de eigen risicotermijn en de dekkingsvoorwaarden op redelijke en



proportionele wijze aanpassen. Indien het voorstel tot wijziging door de verzekeringnemer/verzekerde wordt geweigerd of niet wordt aanvaard binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, kan de maatschappij de verzekering opzeggen binnen 15 dagen.

Een wijziging is slechts van toepassing indien ze werd bevestigd door een bijvoegsel van de maatschappij.

Indien een schadegeval zich voordoet en de verzekeringnemer een verplichte mededeling niet is nagekomen en hem dit kan verweten worden, heeft de maatschappij het recht om haar prestatie te beperken:

- tot het bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies indien de maatschappij het risico nooit zou hebben verzekerd;
- volgens de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien hij het risico correct had meegedeeld.

Indien de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet gehandeld heeft, kan de maatschappij haar dekking weigeren. De premies, vervallen tot op het ogenblik waarop de maatschappij kennis heeft gekregen van het bedrieglijk verzuim, komen haar toe als schadevergoeding.

Artikel 7 – Premiebetaling

7.1. Premiebetaling

De premie van de aanvullende verzekeringen(en) is verschuldigd samen met de premie van de hoofdverzekering. De betaling van de premie geldt als aanvaarding van de Algemene en Bijzondere Voorwaarden.

De verzekeringnemer heeft het recht om op elk ogenblik en onafhankelijk van de levensverzekering de premiebetaling van de aanvullende verzekering(en) stop te zetten.

7.2. Niet-betaling van de premie

Bij niet-betaling van de premie van de aanvullende verzekering(en) kunnen deze door de maatschappij worden stopgezet. Dit zal slechts gebeuren na het verstrijken van een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de verzending van een aangetekende brief door de maatschappij aan de verzekeringnemer. Deze ingebrekestelling herinnert de verzekeringnemer aan de premievervaldag, het bedrag van de premie en de gevolgen van de niet-betaling van de premie binnen de gestelde termijn.

7.3. Terug in voege stelling

In geval van stopzetting van de aanvullende verzekering kan de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst terug in voege stellen

- indien hij een gedateerd en ondertekend schrijven richt aan de maatschappij binnen 6 maanden volgend op de datum van verbreking van de verzekering en
- mits betaling van de achterstallige premies.

De terug in voege stelling van een aanvullende verzekering is afhankelijk van de medische en financiële acceptatievoorwaarden die geldig zijn op dat ogenblik en gebeurt steeds volgens de op dat ogenblik geldende risicoselectie. De kosten van een eventueel geneeskundig onderzoek zijn ten laste van de verzekeringnemer.

Artikel 8 – Schadeafhandeling

De verschuldigde verzekeringsprestatie wordt definitief en voor de volledige duur van het schadegeval bepaald door de contractvoorwaarden die op de datum van het begin van de arbeidsongeschiktheid, van toepassing zijn.

Indien de verzekering verlengd wordt, dan zal de vergoedbare periode voor een schadegeval dat bestond op het ogenblik van deze verlenging, niet verlengd worden.

8.1. Aangifte

De verzekerde, de verzekeringnemer of ieder ander persoon die belang heeft bij de uitkering moet iedere ziekte of ongeval waardoor een arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt of zou kunnen worden veroorzaakt aan de maatschappij aangeven binnen 30 dagen na het begin van de arbeidsongeschiktheid en in ieder geval zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is. Indien de waarborg de overbrugging van de eigen risicotermin omvat, dient de aangifte te gebeuren binnen de 8 dagen.

De aangifte gebeurt via het aangifteformulier dat de maatschappij hiervoor ter beschikking stelt.

De aangifte zal nog worden aanvaard indien zij om een geldige reden laattijdig wordt gedaan, maar dit op zijn laatst één jaar na het begin van de arbeidsongeschiktheid.

Zo de pensioeninstelling het bewijs levert dat zij door de laattijdigheid (op zijn laatst één jaar na het begin van de arbeidsongeschiktheid) van de aangifte enig nadeel heeft geleden, zal de eigen risicotermin pas ingaan op de dag waarop de maatschappij effectief in kennis werd gesteld van de ziekte of het ongeval.



8.2. Vaststelling van de vergoeding

De omvang van de vergoeding en de periode waarover zij wordt toegekend, worden vastgesteld en meegedeeld aan de verzekerde op basis van de medische en feitelijke gegevens die ter beschikking staan van de maatschappij. De verzekerde levert op verzoek van de maatschappij de nodige bewijsstukken van zijn beroepsinkomsten gedurende de laatste drie kalenderjaren.

De verzekerde wordt geacht deze grondslagen als juist te aanvaarden, tenzij hij binnen 30 dagen na ontvangst van de mededeling door de maatschappij, aan haar zijn gemotiveerde bezwaren heeft kenbaar gemaakt.

Te allen tijde hebben zowel de verzekerde als de maatschappij het recht de arbeidsongeschiktheidsgraad aan een herziening te onderwerpen.

De bekomen arbeidsongeschiktheidsgraad wordt verminderd met de bestaande arbeidsongeschiktheid voor zover die nog niet in rekening werd genomen op het moment van het afsluiten of verlengen van de aanvullende verzekering of voor zover die het gevolg is van een uitgesloten risico.

8.3. Medische opvolging

De verzekerde zal de door hem gekozen arts, telkens als dit nodig is, verzoeken de medische verslagen aan hem af te leveren die voor het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst nodig zijn.

Bovendien is de maatschappij gemachtigd inlichtingen in te winnen bij de verzekerde en over te gaan tot de controlemaatregelen die zij nodig acht. Er dient gevolg te worden gegeven aan de oproep voor onderzoek bij de medische adviseur van de maatschappij, zelfs indien de verzekerde daartoe in een door de maatschappij aangewezen medische inrichting dient te worden opgenomen. De kosten van dit onderzoek zijn ten laste van de maatschappij. Bijzondere uitgaven die hiervan het gevolg zijn (bijvoorbeeld verplaatsingskosten) vallen ten laste van de verzekerde.

De maatschappij dient zodra mogelijk onmiddellijk in kennis te worden gesteld van iedere wijziging in de toestand van de verzekerde. De aangifte ervan dient gestaafd te worden door een medisch attest, te bezorgen aan de raadgevende arts van de maatschappij.

8.4. Medische behandelingen

De verzekerde moet alle passende en redelijk verantwoorde medische behandelingen en voorschriften volgen die zijn genezing kunnen bewerkstelligen of bespoedigen, en zich onthouden van alles wat de gevolgen van het schadegeval kan verergeren.

8.5. Gevolgen van de niet-nakoming van de verplichtingen in het kader van een schadegeval

Indien de verzekerde of de verzekeringnemer de contractuele verplichtingen, hem opgelegd in de vorige paragrafen van artikel 8 niet nakomt, kan de maatschappij ten belope van het door haar geleden nadeel haar prestaties verminderen.

Indien de verzekerde of de verzekeringnemer deze contractuele verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen kan de maatschappij haar dekking weigeren en de aanvullende verzekering met onmiddellijke uitwerking opzeggen.

De maatschappij is gerechtigd de terugbetaling te eisen van de onrechtmatig uitgekeerde vergoedingen en van de gemaakte kosten.

8.6. Medische betwisting

Betwistingen over medische aangelegenheden kunnen, mits wederzijdse instemming, worden beslecht in een minnelijke medische expertise, waarbij beide partijen elk een eigen arts aanstellen.

De door beide artsen aangestelde derde arts zal slechts tussenkomen indien er geen akkoord is tussen eerstgenoemden. Iedere partij zal de honoraria en onkostenstaat regelen van de door haar aangestelde arts.

Het honorarium en de kosten van de derde arts en van de gespecialiseerde onderzoeken zullen door beide partijen, elk voor de helft, worden gedragen.

Op straf van nietigheid van hun beslissing mogen de geneesheren niet afwijken van de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst en haar bijvoegsels gezien de beslissingen bindend en onherroepelijk zijn.

Artikel 9 – Kennisgevingen

De aan de verzekeringnemer en de verzekerde te richten kennisgevingen geschieden geldig op hun meest recente aan de maatschappij meegedeelde adres.

Elke kennisgeving van een partij aan de andere wordt geacht gedaan te zijn op de datum van afgifte ervan aan de post.



Hoofdstuk 5. Verloop van de verzekeringsovereenkomst

Artikel 10 – Wijziging van het tarief en/of de voorwaarden

De maatschappij behoudt, wanneer dat wettelijk is toegelaten, zich het recht voor haar tarief en/of contractvoorwaarden te wijzigen in de loop van de verzekeringsovereenkomst.

Indien de maatschappij haar tarief en/of contractvoorwaarden wijzigt, past zij deze verzekeringsovereenkomst aan op de volgende jaarlijkse vervalddag. Zij stelt de verzekeringnemer van deze aanpassing in kennis minstens 4 maanden vóór die vervalddag. De verzekeringnemer mag evenwel de verzekeringsovereenkomst opzeggen binnen 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing. Als de kennisgeving later gebeurt, heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid om de verzekeringsovereenkomst op te zeggen gedurende een periode van 3 maanden te rekenen vanaf de kennisgeving.

De opzeggingsmogelijkheid geldt niet als de wijziging van het tarief en/of de contractvoorwaarden het gevolg is van de beslissing van de bevoegde overheden die van toepassing is voor alle maatschappijen.

Artikel 11 – Aanvang, duur en einde van de aanvullende verzekering

11.1. Aanvang van de aanvullende verzekering

De aanvangsdatum van de aanvullende verzekering wordt bepaald in de Bijzondere Voorwaarden. De waarborgen treden pas in werking nadat de eerste premie van de aanvullende verzekering is betaald.

11.2. Duur van de aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering wordt afgesloten tot de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde einddatum.

11.3. Einde van de aanvullende verzekering

Einde door opzegging

- De verzekeringnemer kan de verzekering op ieder moment onafhankelijk van de hoofdverzekering opzeggen overeenkomstig de wettelijke bepalingen of in geval van wijziging van de voorwaarden en/of het tarief, zoals bepaald in artikel 10.
- De maatschappij kan de verzekering opzeggen:
 - o bij niet-betaling van de premie zoals bepaald in artikel 7;
 - o wanneer de verzekerde zijn wettelijke verblijfplaats in het buitenland heeft gevestigd zoals bepaald in artikel 2;
 - o in geval van onopzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens; in geval van een niet-verzekerbare risicoverzwaren; in geval van een weigering of het niet aanvaarden van de door de maatschappij voorgestelde wijziging; zoals bepaald in artikel 6;
 - o indien de in artikel 8 vernoemde verplichtingen met bedrieglijk opzet niet werden nageleefd.

De opzegging dient te geschieden per aangetekende brief en heeft uitwerking na het verstrijken van een termijn van tenminste 30 dagen te rekenen van de dag volgend op de afgifte ter post van een aangetekende brief.

Einde van rechtswege

De verzekering eindigt van rechtswege

- in geval van overlijden van de verzekerde;
- op de einddatum vermeld in de Bijzondere Voorwaarden;
- op de pensioenleeftijd van de verzekerde en ten laatste bij de wettelijke pensionering;
- wanneer de verzekerde heeft opgehouden een beroep uit te oefenen, voor zover dit geen gevolg is van een vergoede arbeidsongeschiktheid;
- ingeval de verzekeringnemer als rechtspersoon ophoudt te bestaan, zonder overname van de rechten en verplichtingen door een derde;
- bij afkoop, reductie, opzegging, verbreking, vernietiging of einddatum van de hoofdverzekering.

Voortijdige beëindiging

Deze verzekering heeft geen afkoopwaarde indien ze voortijdig wordt beëindigd.

De voortijdige beëindiging van de verzekering heeft geen invloed op de behandeling van de verzekerde schadegevallen die zich hebben voorgedaan voor de datum van de beëindiging. Ná deze datum worden de lopende prestaties voortgezet, onverminderd de toepassing van Algemene en de Bijzondere Voorwaarden. Verhogingen van de arbeidsongeschiktheidsgraad die zich voordoen na het einde van de verzekering geven nooit aanleiding tot aanpassing of herziening van de verzekerde prestatie.

Als de beëindiging van de verzekering echter het gevolg is van de vereffening of het faillissement van de rechtspersoon, die als verzekeringnemer en begunstigde optreedt en waarin de verzekerde zijn functie uitoefent, wordt de uitkering van de lopende prestaties stopgezet.



Hoofdstuk 6. Algemene bepalingen

Artikel 12 – Fiscaliteit

Alle in het kader van dit contract toepasselijke huidige en toekomstige belastingen, bijdragen, rechten en taksen zijn rechtstreeks ten laste van de verzekeringnemer en/of van de begunstigde (naargelang het geval) of kunnen desgevallend aan hem(n) worden doorgerekend.

Artikel 13 – Toepasselijk recht en bevoegde rechtbanken

Het Belgisch recht en de dwingende bepalingen van de Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en van de diverse uitvoeringsbesluiten zijn van toepassing op het contract. De niet-dwingende bepalingen van de Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen gelden eveneens, behalve wanneer ervan wordt afgeweken in deze Algemene of in de Bijzondere Voorwaarden.

Alle geschillen in verband met dit contract behoren uitsluitend tot de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

Wettelijke vermeldingen

Algemene verordening met betrekking tot de gegevensbescherming

De maatschappij verbindt zich ertoe, als verwerkingsverantwoordelijke, om de persoonsgegevens te verwerken overeenkomstig de geldende privacywetgeving. Voor meer informatie wordt verwezen naar de klantenbrochure van de maatschappij of de website <https://www.pv.be/privacy>

Klachten

Voor elke klacht met betrekking tot dit contract kan de verzekeringnemer zich richten tot :

- In eerste instantie :
de dienst Klachtenmanagement van P&V, Koningsstraat 151, 1210 Brussel, tel: 02/250.90.60
E-mail: klacht@pv.be,
- Bent u niet tevreden met het antwoord van onze dienst Klachtenmanagement :
de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as.

Dergelijke klacht sluit de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure te starten niet uit.

Oplichting

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsonderneming brengt niet alleen de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst met zich mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.