



Conditions
générales

P&V

Assurance complémentaire Accidents

REF. E004 (02.2022)



Table des matières

| | |
|---|----|
| Table des matières | 2 |
| Chapitre 1. Définitions..... | 3 |
| Chapitre 2. Éléments du présent contrat d'assurance..... | 4 |
| Chapitre 3. Garanties | 4 |
| Article 1 – Prestations assurées..... | 4 |
| Article 2 – Extensions de la garantie..... | 4 |
| Article 3 – Limitations des garanties..... | 4 |
| Article 4 – Garantie Territoriale..... | 5 |
| Article 5 – Terrorisme | 5 |
| Chapitre 4. Droits et obligations des parties..... | 7 |
| Article 6 – Déclarations relatives au risque..... | 7 |
| Article 7 – Paiement de prime..... | 8 |
| Article 8 – Règlement de sinistres..... | 8 |
| Chapitre 5. Dispositions générales | 10 |
| Article 9 – Prise d'effet et durée de l'assurance complémentaire..... | 10 |
| Article 10 – Modifications des conditions et du tarif..... | 10 |
| Article 11 – Notifications..... | 10 |
| Article 12 – Fiscalité..... | 11 |
| Article 13 – Droit applicable et tribunaux compétents | 11 |
| Mentions légales..... | 12 |



P&V Assurance complémentaire Accidents

Chapitre I. Définitions

Le preneur d'assurance

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

L'assuré

La personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de d'accident et qui est mentionnée dans les Conditions particulières.

Bénéficiaire

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

Organisme de pension (= la compagnie)

P&V Assurances sc, établie en Belgique, 1210 BRUXELLES, Rue Royale 151.

Accident

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

Incapacité physiologique

La réduction de l'intégrité physique de l'assuré, sans tenir compte des répercussions sur la capacité d'exercer une profession. Le degré l'incapacité physiologique du fait d'un accident garanti ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il sera fixé selon le Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.



Chapitre 2. Éléments du présent contrat d'assurance

Le contrat d'assurance se compose des présentes Conditions générales, des Conditions générales de l'assurance principale et des Conditions particulières.

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

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

Chapitre 3. Garanties

Article 1 – Prestations assurées

L'organisme de pension s'engage à allouer les prestations assurées prévues aux Conditions particulières en cas d'accident corporel frappant l'assuré et que l'assuré décède ou est en invalidité physiologique totale et permanente.

Pour autant que le décès de l'assuré résulte directement de l'accident et survienne dans les douze mois suivant l'accident, l'organisme de pension verse la prestation assurée au bénéficiaire en cas de décès.

En cas d'invalidité physiologique totale et permanente de l'assuré, l'organisme de pension verse la prestation assurée au bénéficiaire en cas de vie.

L'invalidité permanente sera déterminée après la guérison des lésions et au plus tard un an après l'accident et sans tenir compte de la profession exercée. Une invalidité permanente de 67 % ou plus sera assimilée à une invalidité totale.

Article 2 – Extensions de la garantie

2.1. Euthanasie

L'assurance garantit le décès de l'assuré à la suite d'une euthanasie légalement pratiquée à cause d'une affection grave et incurable qui est la conséquence directe d'un accident couvert par ce contrat d'assurance.

Article 3 – Limitations des garanties

3.1. Exclusions absolues

L'assurance ne garantit pas:

- a. les maladies, même celles ayant une cause extérieure;
- b. les accidents dus à des catastrophes naturelles (séismes, inondations, tornades,...).
Les accidents causés par la foudre et l'aggravation des lésions encourues à l'occasion d'un accident couvert sont cependant couverts;
- c. les accidents causés ou rendus possibles par la maladie, l'état morbide ou l'infirmité, ou par tout autre état anormal physique ou mental de l'assuré ;
- d. l'euthanasie qui n'est pas conforme les dispositions de l'article 2.1.;
- e. le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré;
- f. les accidents causés, entretenus ou aggravés par la faute grave de l'assuré, de le preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Sont considérés comme faute grave:

- toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle.
 - toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.
- g. les accidents qui sont directement ou indirectement la conséquence d'une émeute ou d'actes de violence, sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense;



- h. des actes intentionnels de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- i. les accidents rendus possibles par la guerre ou une situation y assimilée sauf si un conflit s'est déclenché pendant le séjour de l'assuré et s'il peut être prouvé qu'il n'y a pas participé activement;
- j. les accidents qui sont la conséquence d'une catastrophe due à la radioactivité nucléaire;
- k. les accidents survenant pendant ou à la suite d'un traitement médical ou chirurgical, à moins que ce dernier ne soit consécutif à un accident assuré;
- l. les accidents provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

3.2. Exclusions, sauf en cas de mention contraire dans les Conditions particulières

Sauf en cas de stipulation expresse dans les Conditions particulières, sont également exclues :

- 1. l'utilisation de machines, autres que les appareils ménagers et de bricolage habituels ;
- 2. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
- 3. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
- 4. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
- 5. la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme par exemple sans être toutefois limitatif: l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse;
- 6. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

Article 4 – Garantie Territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'assuré a sa résidence principale légale en Belgique.

Lorsque l'assuré établit définitivement sa résidence principale légale à l'étranger, l'organisme de pension peut résilier l'assurance.

L'organisme de pension puisse avoir la possibilité d'exercer le contrôle médical et effectif nécessaire avant de payer le capital en cas d'invalidité physiologique totale et permanente. A la demande de l'organisme de pension, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

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

Article 5 – Terrorisme

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

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

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



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

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



Chapitre 4. Droits et obligations des parties

Article 6 – Déclarations relatives au risque

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

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation, lors de la souscription du contrat, de déclarer avec précision toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par l'organisme de pension.

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

6.2. Déclarations au cours de l'assurance complémentaire

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

- chaque changement de l'activité professionnelle
- une modification des activités de loisirs
- un changement de la résidence principale légale vers l'étranger.

6.3. Conséquences de l'omission ou l'inexactitude intentionnelle des données

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

6.4. Conséquences de l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle des données ou conséquences d'une déclaration obligatoire

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

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

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

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

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance, l'organisme de pension ne peut plus invoquer l'omission non intentionnelle ou la communication non intentionnelle de données erronées par le preneur d'assurance ou par l'assuré, si ces données ont trait à un dommage corporel ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription du contrat d'assurance et si ce dommage corporel ou affection n'a pas été diagnostiquée durant ce même délai de deux ans.

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



Article 7 – Paiement de prime

7.1. Paiement de prime

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

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

7.2. Non-paiement de la prime

En cas de non-paiement de la prime des assurances complémentaires, il peut être mis fin aux assurances complémentaires par l'organisme de pension dans un délai de trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée adressée à le preneur d'assurance par l'organisme de pension. Cette mise en demeure rappelle à le preneur d'assurance l'échéance de la prime, le montant de la prime et les conséquences du non-paiement de la prime dans le délai imparti.

7.3. Remise en vigueur

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

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

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

Article 8 – Règlement de sinistres

8.1. Déclaration

8.1.1. En cas d'accident

Tout accident ayant engendré la mort doit être notifié d'une façon écrite dans un délai de 15 jours par les bénéficiaires avec un certificat médical déclarant la cause de décès et les circonstances de l'accident.

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

En cas de déclaration tardive, l'organisme de pension peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit fournie que la déclaration du sinistre a été communiquée dès que c'était raisonnablement possible.

L'organisme de pension peut demander des informations complémentaires ou faire procéder à ses frais à une autopsie. Le cas échéant, l'organisme de pension attendra les résultats avant de prendre position au sujet de la couverture du sinistre. S'il n'est pas satisfait à une de ces obligations, l'organisme de pension peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi.

Le versement après le décès de l'assuré ne peut avoir lieu qu'après réception des documents suivants:

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré
- un acte ou attestation de succession qui mentionne l'identité des héritiers

L'assuré, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire est tenu, dans les huit jours, de faire part à l'organisme de pension, par lettre recommandée, de tout accident pouvant entraîner une invalidité physiologique totale et permanente. Cette déclaration devra être accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant et délivré par l'assuré au médecin-conseil. 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 un an après l'accident.



Le versement au(x) bénéficiaire(s) se fait après réception des documents suivants:

- une quittance de versement envoyée par la compagnie signée par le(s) bénéficiaire(s)
- une preuve de vie du (des) bénéficiaire(s)
- une copie (recto-verso) de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s)

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. Dès que son état le permet, l'assuré est tenu de donner suite à tout appel du conseiller médical de l'organisme de pension.

8.1.2. En cas d'infirmité ou de maladie grave

Si l'assuré est victime d'une infirmité ou d'une maladie grave, l'organisme de pension doit en être avisé le plus rapidement possible par lettre recommandée.

8.2. Détermination des indemnités

Lors de l'établissement du degré de l'incapacité physiologique, il sera à tout le moins procédé à la déduction du pourcentage d'invalidité résultant de maladies, d'états morbides ou d'invalidités antérieures à l'accident et ne pas pris en compte au moment de conclusion.

Lorsque le degré d'invalidité permanente peut être réduit grâce à une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou la pose d'une prothèse et que l'assuré refuse de s'y soumettre, l'organisme de pension peut limiter la prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Les prestations assurées en cas décès et d'invalidité physiologique totale et permanente ne peuvent jamais être cumulées.

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

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

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

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



Chapitre 5. Dispositions générales

Article 9 – Prise d'effet et durée de l'assurance complémentaire

9.1. Prise d'effet de l'assurance complémentaire

La prise d'effet de l'assurance complémentaire est déterminée dans les Conditions particulières.
Les garanties n'entrent en vigueur qu'après le paiement de la première prime de l'assurance complémentaire.

9.2. Durée de l'assurance complémentaire

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

9.3. Fin de l'assurance complémentaire

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

Fin par résiliation

1. Le preneur d'assurance peut résilier l'assurance complémentaire à tout moment indépendamment de l'assurance principale conformément aux dispositions légales ou en cas de modification des conditions et/ou du tarif conformément à l'article 10.
2. L'organisme de pension peut résilier l'assurance
 - en cas de défaut de paiement de la prime ;
 - lorsque l'assuré a définitivement établi sa résidence légale à l'étranger ;
 - conformément à l'article 6.4. en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles, d'aggravation du risque non assurable, de refus ou de non-réaction à la modification que l'organisme de pension propose ;
 - en cas de non-respect des obligations visées à l'article 8 dans une intention frauduleuse, conformément à l'article 8.3.

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

Fin de plein droit

L'assurance prend fin de plein droit :

- à l'âge de la pension légale de l'assuré;
- au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, réduction, résiliation, rupture, annulation ou expiration de l'assurance principale.

Article 10 – Modifications des conditions et du tarif

Lorsque l'organisme de pension réalise une modification du tarif, le preneur d'assurance peut résilier le contrat. La modification du tarif est communiquée au moins quatre mois avant l'échéance annuelle du contrat, et le contrat pourra être résilié par courrier recommandé dans le mois suivant la notification.

Si la modification du tarif est communiquée au cours des quatre mois précédant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans un délai de trois mois suivant la notification.

La faculté de résiliation ne s'applique pas si la modification du tarif et/ou des conditions du contrat résulte de la décision des autorités compétentes qui s'applique à tous les assureurs.

Article 11 – Notifications

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



Article 12 – Fiscalité

Tous les impôts, cotisations, droits et taxes actuels et futurs applicables dans le cadre du présent contrat sont directement à charge de le preneur d'assurance et/ou du bénéficiaire (selon le cas) ou peuvent, le cas échéant, lui/leur être imputés.

Article 13 – Droit applicable et tribunaux compétents

Tous litige relatif au présent contrat relève exclusivement de la compétence des tribunaux belges.



Mentions légales

Règlement général sur la protection des données

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

Plaintes

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

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

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

Escroquerie

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