



Conditions
générales

P&V

Assurance complémentaire

Affections graves

REF. E005 (02.2022)



Table des matières

Table des matières	2
Chapitre I. Garanties	3
Article 1 – Que comprend la garantie?	3
Article 2 – Qu'est-ce qui est exclu de la garantie?	6
Article 3 – A partir de quand la garantie est-elle acquise?	6
Article 4 – Quand y a-t-il paiement des prestations?	6
Chapitre 2. Dispositions générales	7
Article 5 – Comment déclarer un sinistre?	7
Article 6 – Comment le suivi médical se déroule-t-il?	7
Article 7 – Que faire en cas de modification des garanties et du risque?	7
Article 8 – Une modification des conditions est-elle possible?	8
Article 9 – Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin?	8
Article 10 – Quelle est l'étendue territoriale de cette assurance complémentaire?	8
Article 11 – Pourquoi les déclarations sont-elles si importantes?	9
Article 12 – Quand y a-t-il déchéance?	9
Article 13 – Que faire en cas de litige?	9
Chapitre 3. Lexique	10
Mentions légales	11



P&V Assurance complémentaire

Affections graves

Sans préjudice des dérogations reprises ci-après, les conditions générales de l'assurance principale s'appliquent également à cette assurance complémentaire.

Chapitre I. Garanties

Article I – Que comprend la garantie?

La compagnie garantit le versement d'un capital lorsque l'assuré souffre de l'une des affections graves suivantes:

I.1. Infarctus du myocarde

Définition

Nécrose d'une partie du muscle cardiaque suite à une insuffisance locale de l'irrigation sanguine. L'infarctus du myocarde doit être récent et être clairement objectivé par des examens complémentaires. Le diagnostic est posé comme suit:

- Anamnèse de douleurs typiques précordiales;
- Constat de modifications récentes de l'électrocardiogramme spécifique pour les infarctus;
- Constat d'une augmentation temporaire des enzymes cardiaques.

Sont exclues: les traces résiduelles d'un infarctus antérieur, décelées par un électrocardiogramme.

I.2. Pontage coronarien

Définition

Opération du cœur (éventuellement à cœur ouvert) nécessaire afin de pallier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires.

Sont exclues: les techniques non chirurgicales telles que les techniques de dilatation sous-cutanée, l'angioplastie au laser ou par ballonnet.

I.3. Opérations de la valve cardiaque

Définition

Opération cardiaque (éventuellement à cœur ouvert) nécessaire au rétablissement ou au remplacement d'une valve cardiaque.

Sont exclues: les malformations cardiaques congénitales.



I.4. Cancer

Définition

La présence incontestable d'une tumeur à croissance incontrôlée, la prolifération de cellules malignes et leur fixation dans les tissus voisins.

Sont exclues:

- les carcinomes in situ
- les affections précancéreuses non invasives localisées
- les carcinomes liés à une infection due au virus du SIDA
- tous les types de cancers de la peau à l'exception des mélanomes malines.

I.5. Accident cérébro-vasculaire

Définition

Tout trouble aigu de l'irrigation sanguine cérébrale induisant des symptômes neurologiques d'une durée de plus de 48 heures, en ce compris un infarctus, une hémorragie ou une embolie du tissu cérébral dont l'origine se situe en dehors du cerveau.

Sont exclus:

- les affections ischémiques réversibles de longue durée.
- les accidents ischémiques transitoires.

I.6. Insuffisance rénale terminale

Définition

Stade terminal d'une maladie rénale caractérisée par un dysfonctionnement chronique irréversible des deux reins nécessitant une hémodialyse ou dialyse péritoneale régulière ou encore une transplantation rénale. La nécessité d'un traitement de dialyse permanent doit être confirmée par un néphrologue compétent.

I.7. Transplantation d'un organe vital

Définition

Subir comme receveur une transplantation du cœur, des poumons, du foie, des reins, du pancréas ou de la moelle épinière.

I.8. Sclérose latérale amyotrophique

Définition

Atteinte dégénérative de neurones moteurs et du trajet pyramidal, le diagnostic de cette affection ainsi que l'invalidité correspondante devant être confirmés par un neurologue.

I.9. Sclérose en plaques

Définition

Affection démyélinisante caractérisée par deux attaques au moins de symptômes neurologiques typiques, présents pendant six mois au moins, et en particulier par la présence de:

- neurite rétrobulbaire
- troubles de la coordination
- symptômes moteurs et sensitifs
- examen pathologique du liquide céphalo-rachidien
- examens neuro-physiologiques pathologiques.

Le diagnostic de cette affection ainsi que l'invalidité correspondante doivent être confirmés par un neurologue.



I.10. Maladie de Parkinson

Définition

Affection idiopathique dégénérative des neurones et des cellules cérébrales du tronc cérébral avec des signes neurologiques précis de bradykinésie, de tremblements au repos, de rigidité et d'instabilité posturale.

I.11. Invalidité permanente totale

Définition

En cas d'invalidité permanente totale provenant d'une maladie ou d'un accident, il sera uniquement tenu compte de l'invalidité physiologique, déterminée conformément au Guide-Barème officiel belge des Invalidités. Une invalidité physiologique de 67% ou davantage est assimilée à une invalidité de 100%.

Exclusions par faute grave

Aucune indemnité ne sera accordée pour une invalidité permanente totale causée, entretenue ou aggravée par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement.

Sont considérés comme faute grave:

1. tout acte posé par le fait intentionnel ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement;
2. la participation à des méfaits, duels ou rixes, qui sont la conséquence ou non d'un comportement provocateur ou d'altercations verbales, sauf le cas de légitime défense;
3. des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens; une mutilation ou autres traitements que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle;
4. toute tentative de suicide;
5. toute forme d'intoxication alcoolique, ainsi que l'abus d'alcool et de stupéfiants ou de médicaments, à moins que l'assuré ne puisse prouver qu'il n'y a pas de lien causal entre sa condition et l'invalidité subie;
6. l'alcoolisme, la consommation de drogue ou toute forme de toxicomanie.

Exclusions générales

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

1. un risque exclu dans le cadre de l'assurance principale;
2. des troubles subjectifs ou psychiques;
3. l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, l'accélération artificielle des particules atomiques et les radiations de radio-isotopes;
4. une guerre ou un état qui en fait s'y assimile; par des troubles civils ou révoltes;
5. la manipulation d'armes, ou la participation à des prestations militaires.

Sont toujours exclues, les invalidités:

1. subies par l'assuré après l'âge de 60 ans;
2. présentant un lien avec une contamination par le virus du SIDA;
3. survenues pendant l'usage d'un moyen de transport aérien, autrement que comme passager payant;
4. dues à des tremblements de terre, éruptions volcaniques, cyclones, raz-de-marée, inondations, glissements ou affaissements de terrain ou autres catastrophes naturelles.



Extensions facultatives

Moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, l'assurance couvre également:

1. des activités professionnelles manifestement dangereuses telles que par exemple des travaux en hauteur (plus de 4 mètres), 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, l'usage de rayons X ou de radio-isotopes et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie;
2. l'usage, comme conducteur ou passager d'une moto définie conformément aux critères en vigueur en Belgique;
3. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements;
4. la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux, tels que l'aéronautique, le vol à voile, le deltaplane, les sauts depuis de grandes hauteurs, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, les sauts d'obstacles à cheval et les courses de galop ou de trot, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, ainsi que toute compétition automobile, motocycliste, cycliste, sur vélomoteur, sur embarcation nautique ou tout autre véhicule présentant en compétition des risques similaires.

Article 2 – Qu'est-ce qui est exclu de la garantie?

Préexistence

Pour toutes les affections graves énumérées à l'article 1er, aucune indemnité ne sera allouée lorsqu'il s'avère que l'affection ou les symptômes de celle-ci ont fait l'objet d'un examen médical avant la conclusion ou la remise en vigueur de cette assurance complémentaire.

Article 3 – A partir de quand la garantie est-elle acquise?

La garantie prend effet à la date fixée aux conditions particulières. La prime est due en même temps que la prime de l'assurance principale.

Délai d'attente

Un délai d'attente de 3 mois est d'application à partir de la date de prise d'effet de la présente assurance. Toute maladie dont le diagnostic est établi durant cette période, ne donnera en aucune manière droit aux prestations assurées. Par contre, ce délai d'attente ne sera pas d'application en cas d'accident.

Article 4 – Quand y a-t-il paiement des prestations?

La compagnie, est redevable du capital fixé aux conditions particulières lors du diagnostic d'une affection garantie, pour autant que l'assuré reste en vie durant la période de 30 jours suivant la déclaration à la compagnie et que le diagnostic soit confirmé par un médecin-spécialiste autorisé à exercer sa profession en Belgique.

Le capital prévu dans le cadre de la garantie Invalidité permanente totale sera, dans ce cas particulier, versé à partir de la consolidation de la maladie ou de la lésion et ce, au plus tard 3 ans après l'accident ou la constatation de la maladie.



Chapitre 2. Dispositions générales

Article 5 – Comment déclarer un sinistre?

Tout sinistre doit être déclaré sur les formulaires mis à disposition par la compagnie.

La déclaration à la compagnie doit être faite, par lettre recommandée, le plus rapidement possible après la notification du diagnostic de l'affection. La déclaration sera encore acceptée si, pour un motif valable, elle est faite tardivement, à conditions qu'elle se fasse au plus tard dans les six mois suivant le diagnostic et que la compagnie n'ait pas subi un préjudice quelconque du fait de cette déclaration tardive.

Article 6 – Comment le suivi médical se déroule-t-il?

L'assuré ou le bénéficiaire de cette assurance invitera toujours le médecin-spécialiste traitant à rédiger un rapport médical détaillé et complet, contenant les résultats des examens techniques et autres, établissant le diagnostic de manière objective et irréfutable. De plus, la compagnie est autorisée à recueillir des informations et à prendre les mesures de contrôle qu'elle juge nécessaires. Il devra être donné suite à la convocation adressé à l'assuré pour se présenter à l'examen du médecin-conseil de la compagnie. Les frais de cet examen sont à charge de la compagnie.

La compagnie devra être avertie le plus rapidement possible de tout changement dans l'état de santé de l'assuré.

En souscrivant au présent contrat, l'assuré déclare explicitement dégager du secret professionnel le médecin traitant afin que toutes les conditions précitées puissent être remplies.

Article 7 – Que faire en cas de modification des garanties et du risque?

Toute augmentation de la garantie est soumise aux conditions en vigueur à ce moment-là.

Lorsque l'assuré change de profession ou d'occupation professionnelle, la compagnie doit en être avertie le plus rapidement possible.

- Si la nouvelle profession ou les nouvelles occupations professionnelles entraînant une diminution de la prime, la prime inférieure sera d'application à partir de la réception par la compagnie de cette notification. Lorsque le preneur d'assurance n'accepte pas cette nouvelle prime réduite, il peut résilier la convention dans le mois suivant la demande de diminution de la prime.
- Si la nouvelle profession ou les nouvelles occupations professionnelles entraînent une augmentation de la prime, le preneur d'assurance aura le choix, avec effet rétroactif à la date de l'aggravation:
 - soit de maintenir le capital assuré et de payer la prime plus élevée,
 - soit de maintenir la prime inchangée et de diminuer le capital assuré proportionnellement au tarif de la nouvelle profession ou des nouvelles occupations professionnelles.

Les indemnités afférentes à un sinistre assuré, survenu avant que le preneur d'assurance n'ait marqué son accord sur la majoration de la prime, seront calculées sur la base du capital qui aurait été assuré pour la prime effectivement payée, compte tenu de la nouvelle profession ou des nouvelles occupations professionnelles.

Si la compagnie estime ne pas pouvoir continuer l'assurance, étant donné la nature du risque découlant de la nouvelle profession ou des nouvelles occupations professionnelles, elle peut résilier la convention dans le délai de trente jours suivant la date à laquelle elle a pris connaissance du changement de profession.



Article 8 – Une modification des conditions est-elle possible?

Si la compagnie modifie les conditions d'assurance et son tarif ou uniquement son tarif, elle adapte cette assurance complémentaire à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins nonante jours avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier cette assurance complémentaire dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Suite à cette résiliation cette assurance prend fin à la prochaine échéance annuelle.

La faculté de résiliation visée à l'alinéa précédent ne s'applique pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurance découle d'une adaptation générale imposée par l'autorité compétente et qui, dans son application, est identique pour toutes les compagnies.

Aucune addition, modification au texte ou dérogation aux conditions imprimées ou écrites ne sera valable si elle n'a pas été validée par la signature de la direction ou d'un porteur de procuration.

Article 9 – Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin?

1. La présente assurance complémentaire prend fin de plein droit:

- après paiement d'un sinistre;
- au moment où l'assurance principale prend fin par suite de rachat, décès, annulation et expiration ou en cas de non-paiement de la prime. La présente assurance n'a pas de valeur de rachat;
- au plus tard, à la première échéance annuelle suivant le 65ème anniversaire de l'assuré;
- dès que l'assuré cesse d'avoir sa résidence principale ou son domicile en Belgique.

2. La compagnie peut résilier le contrat:

- en cas de déchéance (voir article 12);
- en cas de faillite, concordat ou liquidation judiciaire du preneur d'assurance ou de l'assuré, ou lorsque d'un d'entre eux est mis sous curatelle;
- en cas de condamnation du preneur d'assurance ou de l'assuré à une peine de privation de liberté, pour infraction intentionnelle;
- en cas de concours d'assurances.

3. Quelle que soit l'évolution de l'assurance principale, le preneur d'assurance peut résilier la présente assurance à tout moment. Cette résiliation doit se faire par lettre recommandée, au plus tard trois mois avant l'échéance principale.

Article 10 – Quelle est l'étendue territoriale de cette assurance complémentaire?

La présente assurance complémentaire est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence principale en Belgique. A l'étranger, la garantie n'est acquise que si la compagnie estime pouvoir y exercer les contrôles nécessaires.



Article 11 – Pourquoi les déclarations sont-elles si importantes?

1. Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque. Lorsqu'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la compagnie et que la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

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

3. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration n'est pas intentionnelle, la compagnie propose, dans le délai de trente jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

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

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

Article 12 – Quand y a-t-il déchéance?

Il y a déchéance de droit et la compagnie est autorisée à réclamer le remboursement des indemnités allouées indûment et des frais exposés:

1° lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement du preneur d'assurance, de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement ou que le traitement médical prescrit n'a pas été suivi;

2° lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'une des obligations lui imposées par les articles 5, 6, 7 et 11 des présentes conditions et que cette omission engendre un préjudice pour la compagnie. Dans ce cas, celle-ci peut réclamer une diminution de ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

La compagnie est en droit de refuser entièrement sa garantie lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté les obligations contractuelles visées aux articles précités, dans une intention frauduleuse. Dans ce cas, les primes déjà encaissées restent acquises à la compagnie et celle-ci pourra en outre annuler le contrat.

Article 13 – Que faire en cas de litige?

Les litiges portant sur les aspects médicaux sont tranchés par une expertise médicale à l'amiable, où les deux parties désignent leur propre médecin. Le troisième médecin désigné par ces deux médecins n'interviendra que faute d'accord entre les premiers. Chaque partie supporte les honoraires et les frais du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires et les frais du tiers médecin ou des examens spécialisés sont supportés par moitié par chacune des parties. Sous peine de nullité de leur sentence, les médecins ne pourront s'écarter des dispositions du contrat et de ses avenants; leur décision est définitive et sans appel pour les deux parties.



Chapitre 3. Lexique

Accident

Tout événement soudain et imprévisible, 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 cause extérieure.

Année d'assurance

La période comprise entre deux échéances principales ou, lorsque la date de prise d'effet du contrat diffère de celle de l'échéance principale, la période comprise entre cette date et la première échéance principale.

Assuré

La personne physique qui bénéficie de la couverture du contrat.

Bénéficiaire

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

Compagnie

L'entreprise d'assurances auprès de laquelle le contrat est souscrit : P&V Assurances sc, établie en Belgique, 1210 BRUXELLES, Rue Royale 151.

Consolidation

Le moment auquel le médecin-conseil de la compagnie juge que la situation de l'assuré n'est plus susceptible de subir des modifications substantielles, ni de manière spontanée, ni suite à un traitement quelconque.

Délai d'attente

Période débutant à la prise d'effet de cette assurance et durant laquelle le droit aux prestations assurées n'est pas encore acquis.

Intoxication alcoolique

L'état dans lequel l'assuré présente un taux d'alcool par litre de sang qui dépasse les normes légales en cette matière.

Invalidité physiologique

La diminution de l'intégrité physique de l'assuré. Le taux en sera déterminé par décision médicale suivant le Guide-Barème officiel belge des Invalidités et en accord avec la jurisprudence belge concernée.

Maladie

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

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.



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.