



Non-Stop Plan

Conditions générales

TABLE DES MATIERES

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

Chapitre 1. Lexique

Accident:

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

Année d'assurance:

La période comprise entre deux échéances principales.

Assuré:

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

Bénéficiaire:

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

Compagnie:

VIVIUM est une marque de P&V Assurances SCRL, établie en Belgique, à 1210 Bruxelles, Rue Royale 153.

Délai de carence:

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

Grossesse pathologique:

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

Incapacité de travail:

L'incapacité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle résultant de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'*assuré*. L'*incapacité de travail* est déterminée par décision médicale.

Le degré d'*incapacité de travail* est exclusivement déterminé proportionnellement à la perte de la capacité physique ou psychique de l'*assuré* à exercer les activités professionnelles de l'*assuré* mentionnées dans les conditions particulières du présent contrat. Il est entièrement indépendant de tout autre critère économique.

Maladie:

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

Matériel d'ostéosynthèse:

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

Preneur d'assurance:

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Rechute:

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

Travaux insalubres pour les femmes enceintes:

Des travaux impliquant l'exposition à un risque professionnel engendrant un risque, potentiel ou non, pour la mère et/ou le fœtus, tels que reconnus par les dispositions légales concernant la protection de la maternité. Ces travaux comprennent entre autres :

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

Chapitre 2. Garanties

ART. 1 OBJET DE LA GARANTIE

Cette assurance prévoit le versement d'une allocation en cas d'*incapacité de travail* entraînant la perte des moyens requises afin d'assurer la continuité de l'entreprise.

ART. 2 GARANTIES

§1 Rente annuelle et restitution de prime

La *compagnie* verse à l'*assuré* une rente annuelle suivant les modalités fixées au paragraphe 3, lorsque l'*assuré* subit, à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, une *incapacité de travail* dont la durée dépasse le *délai de carence*. La rente annuelle assurée est allouée proportionnellement au degré d'*incapacité de travail*. Pour acquérir et conserver le droit à cette rente annuelle, l'*assuré* doit subir une *incapacité de travail* d'au moins 25%. Une *incapacité de travail* de 67% ou plus est assimilée à une incapacité de 100%. Parallèlement à l'entrée en jouissance de la rente, le *preneur d'assurance* acquiert le droit au remboursement de la prime, proportionnellement au degré d'*incapacité de travail*.

§2 Délai de carence

Le *délai de carence* s'élève à 30 jours pour chaque période d'incapacité couverte.

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

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

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

§3 Période de prestation maximale

Si l'*assuré* subit une *incapacité de travail* à la suite d'une maladie ou d'un accident, la rente est versée pendant maximum 700 jours. Toutes les périodes de prestation sont cumulées pendant la durée du contrat.

ART. 3 EVENEMENTS ET CIRCONSTANCES ASSURES

§1 Exclusions et limitations de la garantie

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

a. Faute grave

Ne sont pas comprises dans la garantie, les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par la faute grave de l'*assuré*, du *preneur d'assurance*, du *bénéficiaire* ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations.

Sont considérés comme faute grave :

- Tout acte commis du fait intentionnel ou avec le consentement de l'*assuré*, du *preneur d'assurance*, du *bénéficiaire* ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations;
- Toute participation à des méfaits, situations contraires à l'ordre public ou rixes, qui sont la conséquence ou non d'un comportement provocateur ou de disputes, sauf le cas de légitime défense ;
- Des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'*assuré* appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- Toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il y a un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

b. Exclusions générales

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

- toute tentative de suicide de l'assuré ;
- des troubles subjectifs sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ; Une *incapacité de travail* due au SFC (syndrome de fatigue chronique) ou à la fibromyalgie est cependant couverte.
- des interventions esthétiques, de quelque nature qu'elles soient ;
- une catastrophe due à la radioactivité nucléaire;
- la guerre ou un état qui en fait s'y assimile résultant ;
- une émeute ou des actes de violence (directement ou indirectement), sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- la manipulation d'armes et d'explosifs, ou la participation à des prestations militaires ;
- l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme.

c. Garanties avec une étendue limitée

- La liste limitative suivante d'affections psychiques est couverte si le diagnostic a été fait par un psychiatre reconnu en Belgique et répond aux critères établis dans le 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (= DSM-IV)' ou ses versions ultérieures. Les affections psychiques qui ne sont pas énumérées, ne sont pas garanties.
 - dépression majeure
 - trouble bipolaire
 - trouble psychotique
 - schizophrénie
 - troubles d'anxiété généralisés
 - trouble dissociatif
 - trouble obsessionnel-compulsif
 - anorexie
 - boulimie nerveuse

§2. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

Si l'assuré devient, à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, totalement ou partiellement inapte pour des raisons physiques ou psychiques à exercer ses activités professionnelles pendant plus de 3 mois après l'accouchement, la compagnie attribue la garantie à partir du quatrième mois après l'accouchement.

Une *grossesse pathologique* est cependant immédiatement couverte, sans préjudice des dispositions concernant le délai de carence, pour autant que l'arrêt ou la diminution de travail ne soient pas consécutifs à des *travaux insalubres*.

b. Garanties particulières

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

- Activités professionnelles dangereuses: activités professionnelles manifestement dangereuses telles que par exemple des travaux en hauteur (plus de 15 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'élitage ou l'abattage d'arbres de haute futaie.
- Transport aérien: l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes.
- Sports:
 - a) l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, y compris les entraînements ;
 - b) la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux, 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 à cheval, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, le rafting, le rugby ;

c) l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

ART. 4 ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

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

Chapitre 3. Règlement de sinistres

ART. 5 DECLARATION

L'*assuré*, le *preneur d'assurance* ou toute autre personne ayant un intérêt à la prestation doit déclarer à la *compagnie*, dans les 30 jours qui suivent le début de la *maladie* ou l'*accident* et en tout cas aussitôt qu'il est raisonnablement possible, toute *maladie* ou *accident* ayant causé ou susceptible de causer une *incapacité de travail*. Ceci doit être fait au moyen du formulaire spécialement mis à leur disposition à cet effet par la *compagnie*. La déclaration sera encore acceptée si pour un motif valable elle est faite passé ce délai, à condition qu'elle se fasse au plus tard dans l'année qui suit le début de la *maladie* ou l'*accident*. Si la *compagnie* fournit la preuve qu'elle a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive, le *décal de carence* ne prendra cours qu'au jour où la *compagnie* a effectivement été avertie de la *maladie* ou de l'*accident*.

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

ART. 6 DETERMINATION DU MONTANT DE LA PRESTATION

§1 En fonction du degré d'incapacité de travail

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

§2 Début et fin de la prestation

La rente est payable par mois, la première fois trente jours après expiration du *décal de carence*. La prestation prend fin avec un règlement au prorata en fonction du nombre de jours calendrier donnant droit à une prestation à la fin de la période d'*incapacité de travail*. De toute façon, la prestation prend fin au moment où la période de prestation maximale de 700 jours a été dépassée et au plus tard à l'échéance finale du contrat d'assurance. En outre, le droit à la prestation s'éteint dès que l'*assuré* reçoit une pension légale, même si les droits à pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour n'importe quelle raison.

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

§3 Mode de détermination et révision de la prestation

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

ART. 7 SUIVI MEDICAL

L'*assuré* prendra immédiatement toutes mesures permettant de hâter sa guérison. Il invitera le médecin de son choix à lui fournir tous les certificats nécessaires à l'exécution du contrat, chaque fois que cela s'avérera nécessaire. En outre, la *compagnie* est autorisée à recueillir toutes les informations auprès de l'*assuré* et à prendre les mesures de contrôle qu'elle juge nécessaire. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'*assuré* de se présenter à l'examen du médecin-conseil de la *compagnie*, même si l'*assuré* doit pour cela être hospitalisé dans un établissement médical désigné par la *compagnie*. Les frais de cet examen sont à charge de la *compagnie*.

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

ART. 8 LITIGES PORTANT SUR LES ASPECTS MEDICAUX

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

ART. 9 SUBROGATION EN CAS DE RESPONSABILITE D'UN TIERS

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

Chapitre 4. Dispositions générales

ART. 10 PRISE D' EFFET DE L'ASSURANCE

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

ART. 11 FIN DE L'ASSURANCE

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

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

ART. 12 PAIEMENT DE LA PRIME

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

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

ART. 13 NON-PAIEMENT DE LA PRIME

§1 Résiliation ou suspension

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

§2 Fin de la suspension

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

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

ART. 14 MODIFICATION DU TARIF ET DES CONDITIONS

§1 Contrat d'assurance en faveur d'une personne physique

Par accord mutuel

A la demande exclusive du *preneur d'assurance* et par accord mutuel des parties concernées, la *compagnie* peut, après la souscription du contrat, modifier, dans l'intérêt du *preneur d'assurance*, les bases techniques de la prime et les conditions de la couverture.

Indexation

La prime et la prestation peuvent être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base de l'indice des prix à la consommation.

La prime et la prestation peuvent être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux frais des services qui sont couverts par les contrats privés d'assurance maladie, si et dans la mesure où l'évolution de ces frais dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

§2 Contrat d'assurance en faveur d'une personne morale

Les dispositions de l'article 14 §1 ne s'appliquent pas aux contrats en faveur d'une personne morale. Pour ce type de contrats, la *compagnie* peut modifier son tarif et ses conditions dans le cadre d'une adaptation générale.

§ 3 Notification d'une modification de tarif

Si la *compagnie* modifie son tarif, elle adapte le présent contrat à la prochaine échéance annuelle. Le *preneur d'assurance* sera avisé de cette adaptation au moins 4 mois avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier le contrat dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le *preneur d'assurance* a la possibilité de résilier le contrat dans une période de 3 mois suivant la notification.

ART. 15 DECLARATION DU RISQUE PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET L'ASSURE

§1 Déclarations lors de la souscription du contrat

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

§2 Omissions ou inexactitudes intentionnelles

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

§3 Omissions ou inexactitudes non intentionnelles

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

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

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

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

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé, à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance, la *compagnie* ne peut plus invoquer l'omission intentionnelle ou l'inexactitude non intentionnelle des données par le *preneur d'assurance* ou par l'*assuré*, si ces données ont trait à une *maladie* ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription du contrat et si cette *maladie* ou affection n'avaient pas été diagnostiquées durant ce même délai de deux ans.

ART. 16 DECLARATION OBLIGATOIRE DE CONTRATS SIMILAIRES

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

ART. 17 CESSATION DE LA PROFESSION, CHANGEMENT DE LA PROFESSION, DES FRAIS OU DU STATUT SOCIAL

§1 Obligation de notification

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

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

§2 Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

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

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

§3 Conséquences du changement de profession ou des activités y afférentes, du statut social ou en cas de modification permanente des frais

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

ART. 18 DECHEANCE DE DROITS

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

§1 Aggravation

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

§2 Non respect des obligations

Lorsque l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* n'a pas respecté l'obligation contractuelle lui imposée par l'article 17§1 des présentes conditions et que cette omission cause un préjudice à la *compagnie*, cette dernière peut diminuer ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi. Si l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* n'a pas respecté cette obligation contractuelle dans une intention frauduleuse, la *compagnie* peut refuser sa couverture.

ART. 19 CORRESPONDANCE

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

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

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

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.vivium.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 VIVIUM,
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél. : 02/250.90.60,
E-mail : plainte@vivium.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.