

Disclaimer: Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les conditions précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance Revenu garanti est une assurance individuelle qui, en cas d'incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, verse à l'assuré une rente mensuelle en compensation de la perte de revenus issus du travail et en complément des prestations légales via la sécurité sociale belge.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ La perte de revenus en cas d'incapacité de travail à la suite :
 - d'une maladie ;
 - d'un accident (facultatif).
- ✓ Pour les salariés, il s'agit uniquement des accidents de la vie privée.

La liste des affections psychiques suivante relève de la garantie si le diagnostic a été posé par un psychiatre agréé en Belgique :

- trouble bipolaire
- trouble psychotique
- schizophrénie
- trouble d'anxiété généralisé
- trouble dissociatif
- trouble obsessionnel compulsif
- anorexie
- boulimie mentale

Le droit au versement de la rente s'ouvre à partir d'un degré d'incapacité de travail de 25 % :

- La rente est payée proportionnellement au degré d'incapacité de travail.
- Un taux supérieur ou égal à 67 % est assimilé à 100 %.
- Le paiement de la rente débute après l'expiration du délai de carence dont la durée est fixée dans les conditions particulières.
- ✓ Grossesse et accouchement :
 - En cas d'incapacité de travail totale ou partielle de l'assurée à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, plus de trois mois après l'accouchement, la garantie est octroyée à partir du 4^e mois suivant l'accouchement.
 - Une grossesse pathologique est garantie immédiatement, sans préjudice des dispositions liées au délai de carence.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

L'incapacité de travail née, favorisée ou aggravée par :

- ✗ une tentative de suicide ;
- ✗ des affections subjectives sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- ✗ la manipulation d'armes ou d'explosifs ;
- ✗ l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, la dépendance ou toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- ✗ des interventions esthétiques ;
- ✗ une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- ✗ des travaux à une hauteur de plus de 15 mètres ;
- ✗ la guerre ou une situation y assimilée ;
- ✗ la participation active à une émeute ou à des actes de violence ;
- ✗ des actes délibérés et une faute grave.



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

Les activités décrites ci-dessous ne sont garanties que s'il en est fait mention expresse dans les conditions particulières :

- Les activités professionnelles dangereuses
- L'usage d'aéronefs, sauf les voyages entrepris comme passager payant
- La pratique rémunérée d'une discipline sportive quelconque
- La pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux
- L'usage de tout véhicule participant à des épreuves, compétitions ou manifestations sportives ou à leur préparation



Y a-t-il des restrictions de couvertures ?

! En cas d'incapacité de travail suite à

- une dépression ou à une autre affection psychique que celles énumérées dans la liste limitative à condition que l'existence effective de l'affection et l'incapacité de travail soient claires et reconnues.
- un burn-out, un syndrome de fatigue chronique (SFC) et une fibromyalgie

les dispositions suivantes d'appliquent:

la prestation assurée sera octroyée durant une période maximale de 730 jours calendrier ininterrompue ou non.

La période de 730 jours calendrier est prolongée des périodes d'admission dans un hôpital psychiatrique ou dans le département psychiatrique d'un hôpital général. La période de 730 jours calendrier vaut une seule fois par affilié et ce, pour toute la durée de l'assurance.

Un délai d'attente de trois mois s'applique pour l'affection Burn-out. Pendant cette période, qui débute à la prise d'effet de la garantie, aucun droit aux prestations ne peut être ouvert.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ La garantie s'applique dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

- Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer préalablement à la compagnie :
 - s'il arrête effectivement d'exercer sa profession ou s'il va exercer une autre profession
 - si les activités inhérentes à la profession déclarée changent
 - si le revenu de l'assuré change
 - si le statut de sécurité sociale de l'assuré change
- Toute incapacité de travail susceptible de donner lieu à une intervention doit être déclarée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent le début de la maladie ou l'accident.
- En cas d'incapacité de travail à l'étranger, l'assuré doit, à la demande de l'assureur, se présenter pour un examen médical chez un médecin désigné par l'assureur en Belgique. Les dépenses spécifiques qui en résultent sont à la charge de l'assuré.



Quand et comment effectuer le paiement ?

Vous avez l'obligation de payer annuellement la prime et vous recevez pour cela une invitation à payer. Une prime fractionnée est possible moyennant certaines conditions et des coûts supplémentaires éventuels.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de début et la durée de l'assurance sont indiquées dans les conditions particulières du contrat. Le contrat dure un an et est reconductible tacitement.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. L'annulation du contrat doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par la remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception.