

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE DU PLAN RG

EDITION 05.2011

Les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.)

sont formulées en exécution des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.).

1. Plan d'assurance (= C.G.A. 5)

- 1.1. Le plan d'assurance est le plan RG.
- 1.2. Le plan d'assurance a pour objet de garantir, à concurrence de la rente assurée, l'indemnisation totale ou partielle de la diminution ou de la perte de revenus professionnels, suite à l'incapacité de travail de la personne assurée.
- 1.3. La rente assurée est constante, croissante ou indexée.
 - 1.3.1. Est constante la rente dont le montant et la prime restent inchangés pendant la durée du contrat d'assurance.
 - 1.3.2. Est croissante la rente qui, pendant la durée d'un cas d'assurance en cours et chaque fois après une année de prestations, est augmentée du pourcentage assuré pour être réduite à la fin du cas d'assurance au montant de la rente mentionné dans la police.
 - 1.3.3. Est indexée la rente dont le montant et la prime sont augmentés à l'échéance annuelle du pourcentage assuré dans la police.
- 1.4. Le plan d'assurance prévoit également une intervention financière complémentaire selon les critères et conditions énoncés à l'article 13 des présentes C.T.A.
- 1.5. Le montant annuel assuré de l'intervention financière complémentaire est indexé:
 - 1.5.1. tous les cinq ans à dater de l'année 2011,
 - 1.5.2. par tranche de € 125 (année 2011 = € 1 250),
 - 1.5.3. à l'échéance annuelle,
 - 1.5.4. sur la base du dernier montant assuré dans la police,
 - 1.5.5. sur la base de la prime en vigueur avant l'indexation, pour le calcul de la prime relative au montant supplémentaire assuré.

2. Cas d'assurance (= C.G.A. 6)

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par l'incapacité de travail de la personne assurée survenue à la suite d'une maladie, de maladies concomitantes, d'un accouchement ou d'un accident. Le cas débute avec la constatation médicale d'une incapacité de travail d'au moins 25 % et se termine dès que cette incapacité de travail n'atteint plus le degré minimum précité.
- 2.2. L'incapacité de travail existe quand la personne assurée est, sur la base d'un examen médical objectif, dans l'impossibilité totale ou partielle et permanente ou temporaire, d'exercer l'activité professionnelle assurée.
- 2.3. L'incapacité de travail est évaluée, par référence à des critères médicaux objectifs en tenant compte de la diminution de l'intégrité corporelle et de la diminution, qui en découle, de l'aptitude à exercer l'activité professionnelle assurée ainsi que toute autre activité professionnelle compatible avec la personne assurée. Dans cette évaluation, d'autres critères économiques ne sont pas pris en compte.
- 2.4. L'assureur garantit lors de la survenance d'un cas d'assurance le paiement de la rente assurée et le remboursement de la prime relative à la partie de la garantie qui couvre la perte de revenus professionnels, selon les modalités suivantes:
 - 2.4.1. l'incapacité de travail doit s'élever au moins à 25 %;
 - 2.4.2. le paiement de la rente et le remboursement de la prime s'effectuent au maximum au prorata du degré d'incapacité de travail et au maximum à concurrence de la rente assurée; l'incapacité de travail est considérée comme totale si son degré s'élève au moins à 67 %;
 - 2.4.3. l'incapacité de travail est déterminée en fonction du plus haut degré si la diminution de l'intégrité corporelle ne correspond pas à la diminution de la capacité de travail;
 - 2.4.4. le paiement de la rente et le remboursement de la prime sont acquis par mois échu proportionnellement au nombre de jours d'incapacité de travail écoulés;
 - 2.4.5. le paiement de la rente et le remboursement de la prime peuvent être limités à concurrence de la diminution ou de la perte effective de revenus professionnels dans le chef de la personne assurée.
- 2.5. Préalablement à tout paiement et remboursement et en complément aux modalités prévues à l'article 2.4. des présentes C.T.A., l'assureur peut:
 - 2.5.1. vérifier les changements éventuels intervenus, dans le cadre des obligations reprises à l'article 10 des présentes C.T.A., et en tenir compte pour déterminer le droit aux prestations d'assurance;
 - 2.5.2. subordonner le paiement de la rente et le remboursement de la prime à l'introduction des informations et documents nécessaires à l'évaluation de la diminution ou de la perte effective de revenus professionnels dans le chef de la personne assurée.

- 2.6. En cas de survenance d'un cas d'assurance en dehors de la Belgique, la date de son début est la date du jour de la constatation médicale effectuée:
 - 2.6.1. par un médecin agréé, soit par l'Ambassade de Belgique, soit par le consulat belge, dans l'Etat de l'Union Européenne où l'incapacité de travail est survenue;
 - 2.6.2. par un médecin en Belgique, dans tous les autres cas.
- 2.7. La date de la prolongation, de la modification ou de la fin du cas d'assurance survenu en dehors de la Belgique est la date de la constatation médicale effectuée par un médecin en Belgique, sauf dérogation préalablement consentie par l'assureur.

3. Carence (= C.G.A. 11)

La carence s'applique selon les modalités suivantes:

- 3.1. par cas d'assurance pour la durée déterminée dans la police;
- 3.2. il n'y a pas de carence en cas de rachat de celle-ci déterminé dans la police, pour autant que le cas d'assurance excède une durée de 30 jours;
- 3.3. la carence ne s'applique pas ou seulement pour sa partie résiduelle en cas de survenance d'un cas d'assurance identique. Est identique le cas d'assurance qui survient suite à la même cause ou une des causes que le précédent endéans les 30 jours calendrier qui suivent le jour où le précédent a pris fin;
- 3.4. la période de carence peut être adaptée, en cours de contrat, à dater de la survenance d'une modification intervenue:
 - 3.4.1. dans le régime de sécurité sociale et/ou dans le statut social de la personne assurée;
 - 3.4.2. dans l'activité professionnelle de la personne assurée;
 - 3.4.3. dans la durée pendant laquelle la personne assurée conserve son revenu professionnel via l'employeur ou autrement.

4. Assurabilité (= C.G.A. 14 et 15)

Sont assurables:

- 4.1. les personnes qui lors de l'entrée en assurance sont valides,
- 4.2. les personnes qui lors de l'entrée en assurance ont un âge d'entrée permettant le calcul de la prime selon un âge prévu et en vigueur,
- 4.3. les personnes qui lors de l'entrée en assurance ont un âge d'entrée qui, obtenu en soustrayant de l'année en cours l'année de naissance, ne dépasse pas l'âge de 55 ans,
- 4.4. les personnes qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique,
- 4.5. les personnes qui exercent une activité professionnelle reconnue par l'assureur et bénéficient d'un revenu professionnel. Une activité professionnelle est considérée comme reconnue par l'assureur si celle-ci permet, lors de la conclusion du contrat ou du plan d'assurance, l'établissement d'une prime et la détermination des conditions d'assurabilité sur la base des critères de techniques d'assurance.

5. Durée du contrat d'assurance (= C.G.A. 17)

- 5.1. Le contrat prend fin, sauf dérogation expressément consentie par l'assureur:
 - 5.1.1. soit à l'âge de 65 ans au plus tard;
 - 5.1.2. soit à l'âge auquel la personne assurée cesse complètement et définitivement son activité professionnelle, si cet âge est inférieur à 65 ans;
 - 5.1.3. soit au terme correspondant à la durée d'assurance convenue.
- 5.2. La durée d'assurance convenue est mentionnée dans la police.
- 5.3. Toute demande de prolongation de la durée initiale du contrat d'assurance requiert l'accord préalable de l'assureur, lequel peut subordonner cette prolongation à des conditions particulières de souscription et d'acceptation.

6. Droit de continuation en cas de sortie du contrat d'assurance (= C.G.A. 19)

- 6.1. La continuation du contrat d'assurance est subordonnée au respect, dans le chef de la personne assurée, des conditions d'assurabilité mentionnées aux articles 4.4. et 4.5. des présentes C.T.A. A défaut, l'assureur n'est pas tenu de garantir cette continuation.
- 6.2. Le droit de continuation du contrat d'assurance est garanti au profit de la personne assurée, également pour les cas d'assurance en cours, si celle-ci accepte l'offre de continuation de l'assureur dans le délai prévu.

- 6.3. Conformément à l'article 19.5. des C.G.A. et à l'article 10 des présentes C.T.A., la personne assurée communique à l'assureur, lors de la demande de continuation du contrat d'assurance, les modifications éventuelles intervenues soit dans son régime de sécurité sociale et/ou dans son statut social, soit dans son activité professionnelle, soit dans son revenu professionnel. Le cas échéant, l'assureur peut adapter la prime et les conditions particulières d'Assurance, de manière raisonnable et proportionnelle, suite à la modification intervenue dans les critères précités par rapport à ceux dont l'assureur avait auparavant connaissance.

7. Motifs de fin (= C.G.A. 18, 20, 24 et 50)

- 7.1. Le plan d'assurance et la garantie d'assurance prennent fin, au plus tard :
- 7.1.1. lors de la survenance de l'âge terme déterminé dans la police ;
- 7.1.2. lors de la cessation définitive et complète l'activité professionnelle assurée ou lors de la disparition des revenus professionnels assurés, sauf si cette cessation ou disparition est à mettre en relation avec la réalisation d'un cas d'assurance;
- 7.1.3. à l'expiration du terme correspondant à la durée d'assurance convenue entre le preneur d'assurance et l'assureur ;
- 7.1.4. lors de la modification du risque assuré suite à un changement intervenu soit dans le régime de sécurité sociale et/ou dans le statut social de la personne assurée, soit dans son activité professionnelle, soit dans son revenu professionnel, si le preneur d'assurance ou la personne assurée n'accepte pas, le cas échéant avec effet rétroactif, les conditions particulières d'assurance que l'assureur, sur la base des critères de techniques d'assurance, lie aux modifications précitées ;
- 7.1.5. lorsque les conditions visées tendant au maintien du plan d'assurance sont inacceptables ou inopérantes pour l'assureur, soit sur la base des conditions d'assurabilité, soit sur la base des critères mentionnés à l'article 7.1.4. des présentes C.T.A. ;
- 7.1.6. lorsque les conditions d'assurabilité prévues à l'article 4.4. ou 4.5. des présentes C.T.A. ne sont plus remplies, sous réserve de l'application de l'article 9 des présentes C.T.A. ;
- 7.1.7. lors de la dissolution ou de la disparition, quelle qu'en soit la forme, de la personne morale souscriptrice du contrat d'assurance.

8. Exclusions de la garantie d'assurance (= C.G.A. 22)

La garantie d'assurance ne s'étend pas :

- 8.1. à l'exercice professionnel d'un sport par lequel on entend celui qui donne lieu à une gratification autre que la simple compensation des frais d'équipement et de pratique dûment établis, à moins que leur couverture soit acceptée par l'assureur expressément et par écrit ;
- 8.2. à l'exercice non professionnel ou récréatif d'un sport ou d'une activité, à moins que leur couverture soit acceptée par l'assureur expressément et par écrit, qui soit :
- 8.2.1. a lieu, partiellement ou entièrement dans l'espace aérien ;
- 8.2.2. utilise des techniques de combat et/ou de défense ;
- 8.2.3. recourt à la vitesse et/ou à l'adresse à l'aide d'auxiliaires mécaniques.
- 8.3. à l'incapacité de travail qui existait déjà avant la conclusion du plan d'assurance ni aux éventuels pourcentages d'incapacité de travail et/ou d'invalidité qui en résultent ; ceux-ci n'entrent pas en compte pour déterminer le degré de l'incapacité de travail.

9. Suspension de la garantie d'assurance (= C.G.A. 24)

- 9.1. Le droit à la garantie d'assurance est suspendu à dater de la survenance et pendant toute la durée d'une cessation temporaire de l'activité professionnelle assurée ou de la disparition temporaire des revenus professionnels de la personne assurée, sauf si cette cessation ou disparition temporaire est à mettre en relation avec la réalisation d'un cas d'assurance. Le preneur d'assurance reste redevable du paiement de la prime pendant la période de suspension de la garantie d'assurance.
- 9.2. La durée de suspension de la garantie d'assurance ne peut excéder un an. A l'expiration de ce délai, le plan et la garantie d'assurance prennent fin de plein droit sauf dérogation préalablement consentie par l'assureur.
- 9.3. La personne assurée informe l'assureur du moment à partir duquel les conditions d'assurabilités mentionnées aux articles 4.4. et 4.5. des présentes C.T.A. sont à nouveau réunies et demande l'accord de l'assureur pour le recouvrement du droit à la garantie d'assurance.
- 9.4. L'assureur recherche les conditions les plus appropriées du recouvrement du droit à la garantie d'assurance au profit de la personne assurée. A cette fin, la prime et les conditions particulières d'assurance peuvent être adaptées, de manière raisonnable et proportionnelle, en cas de modification intervenue, soit dans le régime de sécurité sociale et/ou dans le statut social de la personne assurée, soit dans son activité professionnelle, soit dans son revenu professionnel, par rapport à ce dont l'assureur avait auparavant connaissance.
- 9.5. La date de recouvrement du droit à la garantie d'assurance est confirmée par l'émission d'un avenant à la police d'assurance.

- 9.6. Le cas d'assurance qui survient pendant la période de suspension de la garantie d'assurance ne donne droit à aucune prestation de l'assureur, même si le cas d'assurance se prolonge au-delà de la période de suspension précitée, sauf en cas de dérogation accordée par l'assureur.

- 9.7. Si le preneur d'assurance ou la personne assurée n'accepte pas la suspension de la garantie d'assurance telle que prévue à l'article 9.1. des présentes C.T.A., le preneur d'assurance peut convenir, en accord avec l'assureur, qu'il soit également mis fin au plan et à la garantie d'assurance à une date convenue entre le preneur d'assurance et l'assureur.

10. Obligations du preneur d'assurance et de la personne assurée (= C.G.A. 33 et 50)

- 10.1. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée sont tenus de porter à la connaissance de l'assureur, par écrit, dans les 30 jours à dater de leur survenance, les changements énumérés ci-dessous :
- 10.1.1. la modification dans le régime de sécurité sociale et/ou dans le statut social de la personne assurée ;
- 10.1.2. la modification des activités professionnelles exercées, en ce compris la cessation ou la reprise, même temporaire, des activités professionnelles de la personne assurée ;
- 10.1.3. la disparition ou la ré-acquisition, même temporaire, des revenus professionnels dans le chef de la personne assurée ;
- 10.1.4. l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique ou de toute circonstance qui garantit à la personne assurée soit de conserver son revenu professionnel via l'employeur ou autrement, soit de bénéficier d'autres interventions financières en cas d'incapacité de travail ;
- 10.1.5. le transfert du domicile ou de la résidence fixe et habituelle hors de Belgique.
- 10.2. Si le preneur d'assurance et/ou la personne assurée ne satisfait pas au délai de déclaration mentionnés à l'article 10.1. des présentes C.T.A., l'assureur peut exiger que les primes restent dues jusqu'à la date à laquelle l'assureur a pris connaissance des faits précités.

11. Augmentation des prestations d'assurance en cours de contrat (= C.G.A. 50)

- 11.1. Toute augmentation des prestations d'assurance qui résulte ou non d'un des changements énumérés à l'article 10.1 des présentes C.T.A. requiert l'accord préalable de l'assureur, lequel peut, pour la partie des prestations qui font l'objet de l'augmentation, établir une prime et déterminer des conditions d'assurabilité sur la base des critères de techniques d'assurance.
- 11.2. L'augmentation des prestations d'assurance est confirmée par l'émission d'un avenant à la police d'assurance.
- 11.3. L'augmentation des prestations d'assurance ne s'applique pas aux cas d'assurance en cours.
- 11.4. L'âge atteint de la personne assurée est pris en compte pour le calcul de la prime liée à l'augmentation précitée.

12. Bénéficiaire du contrat d'assurance (= C.G.A. 4)

- 12.1. Contrairement à l'article 4 des C.G.A., le preneur d'assurance est le bénéficiaire du paiement de la rente assurée et du remboursement de la prime visés à l'article 2.4. des présentes C.T.A. lorsque celui-ci est une personne morale, sauf dérogation prévue dans les Conditions Particulières d'Assurance ou autrement.
- 12.2. Conformément à l'article 4 des C.G.A., la personne assurée est le bénéficiaire de l'intervention financière complémentaire visée à l'article 13 des présentes C.T.A.

13. Intervention financière complémentaire (=C.G.A. 6)

- 13.1. L'assureur garantit, moyennant son autorisation préalable, une intervention financière complémentaire à la personne assurée qui entreprend un programme 'revalidation', suite à la survenance d'un cas d'assurance.
- 13.2. Le programme 'revalidation' est défini par l'assureur comme suit : 'l'ensemble des prestations médicales, paramédicales ou non médicales, de type ambulatoire ou stationnaire, y compris les prothèses médicales et les adjuvants médicaux prescrits par le médecin traitant, en vue de recouvrer ou de suppléer les fonctions motrices, psychiques et cognitives altérées à la suite de la survenance du cas d'assurance dans le chef de la personne assurée'.
- 13.3. Sont pris en charge dans le cadre du programme 'revalidation' et de l'intervention financière complémentaire :
- 13.3.1. les prestations médicales, paramédicales, les prothèses médicales et les adjuvants médicaux qui ont un caractère curatif et qui sont médicalement nécessaires,
- 13.3.2. les prestations non médicales nécessaires qui ne font pas l'objet d'une contre-indication médicale et qui sont autorisées par le médecin traitant.

- 13.4. Les prestations, prothèses et adjuvants précités doivent en outre :
- 13.4.1. être prestés ou délivrés par des prestataires reconnus et préalablement autorisés par l'assureur,
 - 13.4.2. être éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique,
 - 13.4.3. être exposés pendant la durée du cas d'assurance, sauf en cas d'autorisation préalable de l'assureur de poursuivre le programme 'revalidation' après la fin du cas d'assurance,
 - 13.4.4. être dispensés en Belgique, sauf en cas de dérogation consentie préalablement par l'assureur,
 - 13.4.5. contribuer à la reprise des activités professionnelles.
- 13.5. Dans les conditions énumérées aux articles 13.3 à 13.4. inclus des présentes C.T.A., l'assureur garantit la liberté thérapeutique du prestataire et de la personne assurée.
- 13.6. Le programme 'revalidation' débute au plus tôt :
- 13.6.1. après expiration du délai de carence,
 - 13.6.2. après une incapacité de travail ininterrompue d'au moins 180 jours calendrier à dater du début du cas d'assurance,
 - 13.6.3. pour autant que l'incapacité de travail s'élève au moins à 50 % après expiration du délai mentionné à l'article 13.6.2. des présentes C.T.A.,
 - 13.6.4. après réception de la prescription établie par le médecin-traitant et de l'autorisation visée à l'article 13.3.2. des présentes C.T.A.,
 - 13.6.5. après autorisation écrite de l'assureur.
- 13.7. L'assureur peut constater et contrôler la réalité, la pertinence et durée du programme 'revalidation' par une personne qu'il désigne, selon les critères et conditions énoncés à l'article 13 des présentes C.T.A. A la demande de l'assureur, la personne assurée transmet un rapport médical objectivant le relevé des prestations prévues et/ou effectuées, l'indication thérapeutique ainsi que le résultat attendu du programme 'revalidation' quant à sa contribution positive sur la capacité de travail de la personne assurée.
- 13.8. L'assureur notifie à la personne assurée et par écrit la fin de l'intervention financière complémentaire dans le cadre du programme 'revalidation', soit :
- 13.8.1. dès que l'incapacité de travail n'atteint plus le degré minimum de 25% ;
 - 13.8.2. dès que, sur la base d'un rapport médical objectif, le programme 'revalidation' ne contribue plus à la reprise des activités professionnelles ou n'influence plus positivement le degré de capacité économique de la personne assurée ;
 - 13.8.3. dès que le montant visé à l'article 13.9.3. des présentes C.T.A. est entièrement consommé pour l'année d'assurance concernée.
- 13.9. L'assureur garantit le paiement de l'intervention financière complémentaire selon les modalités suivantes :
- 13.9.1. sans dépasser le prix facturé, sur la base des factures ou notes de frais officielles introduites au siège de l'assureur dans les 30 jours de leur émission,
 - 13.9.2. après intervention : de l'assurance maladie légale, de la mutualité (intervention statutaire ou de toute autre nature), de l'assureur et de tout autre organisme d'assurance,
 - 13.9.3. à concurrence du montant annuel maximum assuré et en vigueur pour l'année d'assurance, mentionné dans les Conditions Particulières d'Assurance,
 - 13.9.4. en prenant en considération la date des prestations effectuées.
- 13.10. Le recours au programme 'revalidation' relève de l'entière responsabilité du prestataire et de la personne assurée. L'assureur n'encourt aucune responsabilité en cas de manquement, faute, inexécution ou erreur, quel qu'en soit la cause, la nature ou les conséquences, émanant de la prestation du prestataire, de sorte qu'aucun recours de la personne assurée ou de son représentant légal ne peut être introduit contre l'assureur en réparation d'un éventuel préjudice et/ou dommage subis.