



VANDER HAEGHEN
THE ART OF INSURING PASSIONS

CONTRAT D'ASSURANCE SUDDEN ILLNESS PROTECTION **Conditions Générales**



Quatre Bras - Vier Armen Building
Steenweg op Mechelen 455/9 - 1950 Kraainem
IBAN : BE26 3100 9278 4529 • BIC : BBRUBEBB

Tel : + 32 (02) 526 00 10
BCE / FSMA 0427 765 248

info@vdh.be
www.vdh.be

PREAMBULE

Cher assuré,

Votre contrat d'assurance est constitué de conditions générales, de conditions particulières et de clauses particulières. Les conditions générales sont d'application pour tous les contrats et fixent nos engagements réciproques.

Elles définissent en outre le contenu des garanties, ainsi que les exclusions. Les conditions particulières et les clauses particulières déterminent toutes les données s'appliquant spécifiquement à votre contrat. Elles décrivent les garanties que vous avez souscrites, les montants assurés par vos soins et les primes à payer.

Les clauses particulières prévalent sur les conditions générales et particulières. Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales

1. PARTIES CONCERNÉES

Le preneur d'assurance

Vous, la personne physique ou la personne juridique qui concluez le contrat avec la compagnie.

La compagnie

Nous VANDER HAEGHEN & C° s.a.,
Quatre Bras – Vier Armen Building, Steenweg op
Mechelen 455/9, 1950 Kraainem, agit pour compte
des compagnies d'assurance mentionnées sur le
certificat d'assurance.

L'assuré

La personne sur la tête de laquelle l'assurance a été
conclue. Il s'agit éventuellement d'une autre
personne que vous-même (le preneur d'assurance).

Le(s) bénéficiaire(s)

Une ou plusieurs personnes en faveur desquelles
les prestations d'assurance ont été stipulées.

2. DÉFINITIONS

La FSMA

La Financial Services and Markets Authority, rue du
Congrès 12-14, 1000 Bruxelles. La FSMA est
l'autorité de contrôle chargée du contrôle des
institutions financières belges.

La prime

Le prix que nous demandons pour garantir les
prestations (y compris les taxes imposées par la
législation belge).

Les prestations garanties/prestations assurées

Les montants assurés fixés dans les conditions et
clauses particulières du contrat. Il s'agit d'un capital
ou d'une rente que nous payons en cas de
réalisation des risques couverts en application du
contrat.

Le rachat du contrat

L'opération par laquelle vous résiliez le contrat
avant son terme prévu et par laquelle la compagnie
paie la valeur de rachat.

La valeur de rachat théorique

la réserve que nous constituons par la capitalisation
des primes que vous avez payées, après déduction
des frais.

La valeur de rachat

Le paiement effectué en cas de rachat de votre
contrat. Ce paiement est égal à la valeur de rachat
théorique diminuée de la pénalité de rachat.

La pénalité de rachat

Sauf stipulations contraires dans le cadre des
conditions particulières du contrat, nous retenons,
en cas de rachat du contrat, une pénalité de rachat
égale à 5% de la valeur de rachat théorique, avec
un minimum de € 75 euros.

Le montant minimum de € 75 est indexé en fonction
de l'indice « santé » des prix à la consommation
(base 1988 = 100). L'indice devant être pris en
considération est celui du second mois du trimestre
précédant la date de rachat.

Le taux de 5% fait l'objet d'une baisse linéaire de
1% pendant les 5 dernières années du contrat, pour
atteindre 0% au cours de la dernière année
d'assurance.

3. OBJET DU CONTRAT

Le contrat garantit au(x) bénéficiaire(s) le paiement
des prestations assurées fixées dans les conditions
particulières du contrat pour autant que le preneur
d'assurance paie les primes dans les délais
impartis.

4. BASES DU CONTRAT

Sudden Illness Protection est une garantie décès
toutes causes assortie d'une garantie maladies
redoutées et d'un capital diagnostic cancer.

Le contrat est établi sur base des données,
documents et informations médicales que vous-
même et l'assuré avez fournis afin de nous aider à
évaluer les risques à couvrir.

Ces déclarations sont fournies sincèrement en sans
réticence. Si nous avons été induits en erreur lors
de l'évaluation des engagements parce que vous
avez intentionnellement caché des informations ou
transmis des informations incorrectes, le contrat est

déclaré nul et inexistant. Dans un tel cas, les primes versées ne sont pas remboursées.

Dès la prise d'effet du contrat, nous renonçons toutefois à exiger la nullité du contrat pour des omissions ou des déclarations inexactes faites de bonne foi.

Si nous constatons que la date de naissance indiquée pour l'assuré ne correspond pas à la réalité, les prestations de chaque partie seront augmentées ou réduites en fonction de la date de naissance exacte.

Le contrat est, en outre, soumis aux dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent à l'assurance vie.

5. PRISE D'EFFET DU CONTRAT

La date de prise d'effet du contrat est fixée de commun accord et est stipulée dans les conditions particulières.

Le contrat prend effet après que vous l'ayez signé et après le paiement de la première prime. Vous avez le droit de résilier le contrat dans un délai de 30 jours à dater de sa prise d'effet.

Période d'attente de 3 mois pour la garantie maladies redoutées et diagnostic cancer. Les causes et manifestations - relatives aux garanties maladies redoutées et au diagnostic cancer - se développant durant les trois premiers mois de mise ou remise en vigueur de la police sont exclus

La résiliation prend effet dès la notification. Nous avons également le droit de résilier le contrat dans un délai de 30 jours à dater de sa prise d'effet. La résiliation par la compagnie prend effet après un délai de 8 jours suivant sa notification.

6. PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payées aux dates d'échéance stipulées dans les conditions particulières du contrat. Quelle que soit la périodicité de la prime, le paiement de cette prime ou d'une partie de cette prime n'est pas obligatoire. Tous les frais supplémentaires (taxes, cotisations, etc.) concernant ce contrat sont à charge du preneur d'assurance et sont payés en même temps que les primes.

Les primes sont payables dès réception de l'avis d'échéance. Nous nous réservons en outre le droit d'exiger l'indemnisation des frais supplémentaires éventuels desquels vous-même, l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) porteriez la responsabilité.

Nous nous réservons ainsi le droit d'exiger au preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire l'indemnisation des frais pour tout traitement administratif supplémentaire qui tombe en dehors des obligations légales et contractuelles (par exemple: l'envoi, à votre demande, d'une nouvelle copie du contrat ou attestation fiscale).

7. BÉNÉFICIAIRES

Vous désignez par écrit et librement un ou plusieurs bénéficiaires. Aussi longtemps que la prestation

assurée n'est pas devenue exigible, vous pouvez à tout moment révoquer ou modifier le bénéfice du contrat, sauf si le(s) bénéficiaire(s) a(ont) formellement accepté le bénéfice du contrat.

L'acceptation par le(s) bénéficiaire(s) se fait par un avenant signé par le(s) bénéficiaire(s), acceptant(s), vous-même et la compagnie. Après le décès de l'assuré, nous ne tenons compte de l'acceptation du bénéfice que si elle nous a été communiquée par écrit par ce(s) denier(s).

8. TERRITORIALITÉ

Sous réserve des dispositions de l'article 11, la garantie s'applique dans le monde entier, conformément aux conditions particulières.

9. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSURÉES

La compagnie est tenue de payer les prestations assurées dès qu'elle a eu la possibilité de vérifier le bien-fondé de la demande.

C'est ainsi que nous demandons au(x) bénéficiaire(s) de transmettre un certain nombre de pièces justificatives:

- le contrat original et ses avenants;
- un acte de notoriété déterminant les droits du(des) bénéficiaire(s) si le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas été désigné(s) nommément ;
- un extrait de l'acte de décès avec mention de la date de naissance;
- un certificat médical mentionnant le diagnostic cancer : La présence de la maladie doit être confirmée par une étude d'imagerie et une biopsie ou une étude **anatomopathologique** qui détermine le type de cancer, sa localisation et son stade.
- un certificat médical mentionnant la maladie redoutée
- un certificat médical mentionnant la cause du décès.

10. RISQUES EXCLUS

Exclusions générales

- Maladies préexistantes, c'est-à-dire toute condition ou déficience développée avant la souscription du présent contrat d'assurance, y compris l'obésité défini avec un IMC ≥ 35 .
- Maladies congénitales, ces maladies se développent durant la grossesse.
- Maladies secondaires à des conditions, déficiences ou maladies non couvertes par les Conditions Générales.
- Maladies causées par ou en raison du syndrome d'immunodéficience acquise ou du sida ou liées à la présence du virus (VIH).
- En ce qui concerne les maladies couvertes, toute origine traumatique donnant lieu aux affections listées.
- Tout cancer, transplantation ou maladie suite à accident.
- Toute conséquence provoquée par, survenant lors ou découlant d'une réaction nucléaire, quelle que soit la façon dont elle survenue.
- La pratique régulière ou occasionnelle d'un des sports suivants : tous sports de combats, le rugby, le hockey sur glace, plongée sous-marine, escalade,

alpinisme, tous sports aériens (ULM, Delta Plane – parachutisme, ...)

Sont exclus du diagnostic cancer

- Les tumeurs bénignes
- Les cancers classés histologiquement comme l'un des suivants : Non-invasif - Cancer in situ -Tumeurs pré-malignes et la dysplasie : CIN 1, CIN 2 et CIN-3 - Superficiel
- Les syndromes myélodysplasiques, maladies myéloprolifératives autres que la leucémie et le myélome multiple
- Hyperkératose et tout type de carcinome cutané, autre qu'un mélanome, excepté avec métastases dans d'autres organes
- Les polypes bénins du côlon et de la vessie

Suicide de l'assuré

Le décès faisant suite au suicide de l'assuré n'est pas couvert dans le courant de la première année suivant la date de prise d'effet du contrat ou la date de prise d'effet d'une remise en vigueur éventuelle.

En cas d'augmentation des prestations assurées, le décès faisant suite au suicide de l'assuré n'est pas couvert dans le courant de l'année suivant la prise d'effet de l'augmentation. Dans ce dernier cas, seule l'augmentation n'est pas couverte.

Acte intentionnel

Le décès de l'assuré n'est pas couvert si:

- le décès a été causé par un acte intentionnel du preneur d'assurance ou d'un ou de plusieurs bénéficiaires ou un acte commis à l'instigation de l'un d'eux;
- le décès est la conséquence d'une condamnation judiciaire;
- le décès a été causé par un crime ou un délit, commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou co-auteur, et dont il pu prévoir l'issue fatale.

Navigation aérienne

1. Le décès de l'assuré suite à un accident impliquant un appareil de navigation aérienne n'est pas couvert:

- si l'appareil de navigation aérienne ne disposait pas d'une licence lui permettant d'assurer le transport de personnes ou de marchandises, est un prototype ou est un appareil de navigation aérienne militaire non destiné au transport normal. Le décès est par contre couvert lorsqu'il s'agit d'un appareil qui était utilisé, au moment de l'accident, pour le transport de personnes en dehors du cadre d'une quelconque action belligérante;
- si l'appareil de navigation aérienne est utilisé dans le cadre de concours, de démonstrations, de tests de vitesse, d'attaques aériennes, de vols d'exercice ou de tentatives de record;
- lorsqu'il s'agit de l'un des types d'appareils suivants: aérostat, deltaplane, ULM, DPM ou parapente.

2. Le décès de l'assuré n'est pas couvert si ce décès est la conséquence d'un saut en parachute (sauf en cas de force majeure) ou d'un saut à

l'élastique également connu sous le nom de saut benji.

Guerre

1. Le décès de l'assuré n'est pas couvert si ce décès est directement ou indirectement la conséquence d'un fait de guerre ou d'un événement de nature militaire. La couverture du décès est toujours exclue si l'assuré participe activement aux hostilités. Ces risques peuvent toutefois être couverts, par une convention particulière, pour autant que la FSMA en fixe les conditions.

2. Lorsque l'assuré décède dans un pays étranger en état d'hostilités, nous distinguons deux situations:

a) si le conflit était imprévisible et éclate pendant le séjour de l'assuré, le preneur d'assurance bénéficie de la couverture du risque de guerre pour autant que l'assuré ne prenne pas activement part aux hostilités;

b) si l'assuré se rend dans un pays où règne déjà un conflit armé, le preneur d'assurance ne peut obtenir la couverture d'un risque de guerre que si la compagnie l'accepte explicitement dans les conditions particulières. Ce n'est possible que moyennant le paiement d'une surprime et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités.

Emeutes

Le décès de l'assuré n'est pas couvert si ce décès est la conséquence de la participation, directe ou non, à une guerre civile, des émeutes ou aux troubles civils en général, sauf en cas de légitime défense ou si l'assuré était membre des troupes chargées du maintien de l'ordre public et attaquées par les émeutiers.

11. MONTANT À PAYER EN CAS D'UN DÉCÈS NON-COUVERT

Si le décès de l'assuré est la conséquence d'un risque exclu prévu par l'article 10, nous payons la valeur de rachat théorique, calculée à la date du décès. Ce montant est toutefois toujours limité au montant du capital assuré en cas de décès.

12. CESSATION DES PAIEMENTS DES PRIMES OU RACHAT, À LA DEMANDE DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance a à tout moment le droit de procéder à la résiliation ou au rachat du contrat. Le droit au rachat existe dès que la valeur de rachat théorique est positive.

Le preneur d'assurance n'a pas droit au rachat, mais uniquement à la résiliation, en cas de primes périodiques constantes payables pendant la durée du contrat.

En cas de valeur de rachat positive, le preneur d'assurance peut à tout moment par un courrier signé et daté:

- soit notifier son intention de ne plus payer les primes. Dans ce cas, l'Assureur procède à la résiliation,
- soit demander le rachat du contrat, en cas de prime unique, la valeur de rachat est calculée à la

date du courrier signé et daté. Le rachat prend effet à la date à laquelle le preneur d'assurance signe la quittance de rachat.

13. DÉFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime, l'Assureur adresse au preneur d'assurance une lettre recommandée qui prévoit la résiliation. La résiliation du contrat prend effet après l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de la lettre recommandée.

ARTICLE 14 - REMISE EN VIGUEUR

Dans un délai déterminé, vous pouvez demander la remise en vigueur d'un contrat racheté ou résilié pour les montants assurés à la date du rachat ou de la résiliation. Le délai est de trois mois. Un contrat racheté ou résilié est remis en vigueur par remboursement de la valeur de rachat et en calculant une nouvelle prime sur base de la valeur de rachat théorique au moment de l'opération. La remise en vigueur d'un contrat peut être subordonnée à de nouvelles formalités médicales pour l'assuré. L'assuré supporte les frais des nouvelles formalités médicales.

15. INFORMATIONS MÉDICALES

L'assuré autorise son médecin à transmettre au médecin-conseil de la compagnie les certificats médicaux nécessaires pour la souscription et l'exécution du contrat, y compris la déclaration concernant la cause du décès, conformément à l'article 95 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'assuré dispense dès lors tous les médecins qui l'ont soigné, les institutions de soins de santé, les assureurs-loi ou tous autres organismes du secret médical.

En vue d'assurer une bonne gestion, l'assuré 6 donne son consentement formel pour le traitement des données médicales, conformément à l'article 61 de la loi du 4 avril 2014 en matière de protection de la vie privée.

16. NOTIFICATIONS / RÉCLAMATIONS / JURIDICTION

Le domicile des parties est élu de droit: le nôtre à notre siège social, le vôtre à votre dernière adresse connue par nos services. Vous devez nous communiquer tout changement d'adresse par écrit. Si votre adresse change sans que vous ne nous en informiez par écrit, la correspondance adressée à la dernière adresse connue sera considérée comme ayant été valablement adressée.

Pour être valable, toute notification doit être faite par écrit. Toute notification est considérée comme ayant été transmise à la date de son dépôt à la poste. Si vous résidez à l'étranger, vous devez désigner un représentant en Belgique mandaté pour recevoir toutes les communications concernant votre contrat.

Elle peut également être adressée à l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as).

Sauf stipulations contraires dans les conditions particulières, le contrat est soumis à la législation belge et les contestations éventuelles concernant le contrat sont de la compétence des tribunaux belges.

17. INFORMATIONS CONCERNANT LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Vous-même et l'assuré autorisez expressément notre compagnie à traiter les données personnelles qui nous ont été communiquées.

Le traitement des données personnelles est nécessaire pour permettre la prestation des services, l'analyse du risque à couvrir, la gestion des contrats d'assurance et des sinistres éventuels, l'établissement de statistiques et la commercialisation de nos produits d'assurance.

L'assuré peut toutefois s'opposer au traitement de ses données personnelles pour des actions commerciales.

La loi du 8 décembre 1992 en matière de protection de la vie privée confère au preneur d'assurance et à l'assuré le droit de consulter et de corriger ces données. Ils disposent en outre d'un droit de consultation du registre public auprès de la Commission pour la protection de la vie privée (Ministère de la Justice, place Poelaert 3, 1000 Bruxelles)