



**Conditions générales complémentaires**  
**Garantie incapacité de travail**  
**Hypo care et Hypo care+**  
(valables à partir du 1<sup>er</sup> février 2018)

---

Version	001
Date	1 <sup>er</sup> avril 2018

---

## Sommaire

1.	Dans ces conditions générales complémentaires, qu'entend-on par ...	3
2.	Quelle couverture d'assurance cette garantie complémentaire prévoit-elle ?	3
3.	Où cette garantie complémentaire est-elle valable ?	3
4.	Tous les événements sont-ils couverts ?	3
5.	Qui est le bénéficiaire de la garantie complémentaire ?	4
6.	Comment se déroulent la déclaration et l'indemnisation ?	4
7.	Pouvez-vous interrompre cette garantie complémentaire ?	5
8.	La prime.	5
9.	Pouvons-nous modifier les présentes conditions générales complémentaires ?	5

Les présentes conditions générales complémentaires complètent les conditions générales “Hypo care” ou “Hypo care+” et s’appliquent si la garantie complémentaire incapacité de travail est reprise dans les conditions particulières. Ces conditions générales complémentaires doivent toujours être lues avec les conditions générales de la garantie principale et avec les conditions particulières. Les conditions générales de la garantie principale s’appliquent également à cette garantie complémentaire, sauf si ces conditions générales complémentaires y dérogent.

## 1. Dans ces conditions générales complémentaires, qu’entend-on par ...

### “Garantie principale” et “Garantie complémentaire” :

La garantie principale est la couverture décès telle que décrite dans les conditions générales et particulières “Hypo care” ou “Hypo care+”. La garantie complémentaire est la garantie incapacité de travail telle que décrite dans les présentes conditions générales complémentaires et dans les conditions particulières. Il ne peut pas y avoir de garantie complémentaire sans garantie principale.

### “Incapacité de travail”

L’impossibilité pour l’assuré(e) de pouvoir exercer sa profession, suite à une altération de son état de santé médicalement constatée et qui présente des symptômes objectivables. Par “pouvoir exercer sa profession”, on entend : exercer son propre travail ou un travail sur le marché de l’emploi qui correspond aux connaissances et aux compétences de l’assuré(e).

### “Degré d’incapacité de travail”

Mesure dans laquelle l’aptitude au travail de l’assuré(e) est altérée. Si une partie de l’incapacité est imputable à une cause non couverte ou à un risque exclu, cette partie d’incapacité de travail imputable n’est pas prise en considération. L’incapacité de travail éventuellement préexistante au moment de la souscription ou de l’augmentation de cette garantie n’est pas prise en compte dans la détermination du degré d’incapacité de travail.

Un degré d’incapacité de travail d’au moins 67 % est assimilé à un degré d’incapacité de travail de 100 % et donne donc droit à une indemnisation complète.

Un degré d’incapacité de travail de moins de 25 % est assimilé à un degré d’incapacité de travail de 0 % et ne donne donc droit à aucune indemnisation.

## Conditions générales complémentaires Garantie incapacité de travail Hypo care et Hypo care+

### “Délai de carence”

Délai de 3 mois qui doit s’écouler depuis le début de l’incapacité de travail avant d’avoir droit à l’indemnisation.

### “Délai d’attente”

Délai de 6 mois qui doit s’écouler depuis le début du présent contrat avant que la couverture ne soit acquise. Une incapacité de travail dont la cause trouve son origine dans ce délai de 6 mois n’est donc en aucun cas couverte, même si l’incapacité elle-même ne se déclare qu’après ce délai d’attente.

### “Rechute”

On parle de rechute lorsque l’assuré(e) retombe en incapacité de travail dans les 3 mois qui suivent la fin d’une précédente période d’incapacité de travail suite à la même cause. En cas de rechute, la précédente période d’incapacité de travail est prise en compte pour déterminer le délai de carence et la durée maximale d’indemnisation.

## 2. Quelle couverture d’assurance cette garantie complémentaire prévoit-elle ?

Si l’incapacité de travail de l’assuré(e) est d’au moins 25 %, à l’expiration du délai de carence, nous versons le montant mensuel mentionné dans les conditions particulières proportionnellement au degré d’incapacité de travail. Cette indemnisation mensuelle se poursuit tant que dure l’incapacité de travail et pour autant que celle-ci atteigne au moins 25 %, mais pendant un maximum de 24 mois à compter de l’expiration du délai de carence.

## 3. Où cette garantie complémentaire est-elle valable ?

Tout comme la garantie principale, cette garantie complémentaire est valable dans le monde entier, mais si l’assuré(e) séjourne en dehors du territoire belge, nous n’intervenons que si les contrôles requis peuvent être effectués.

## 4. Tous les événements sont-ils couverts ?

Non, nous n’accordons pas la couverture si l’incapacité de travail est consécutive à :

- une tentative de suicide ou un acte intentionnel commis par l’assuré(e)
- un crime ou un délit intentionnel commis par l’assuré(e)

- un fait de guerre ou une activité terroriste lorsque l'assuré(e) se rend dans un pays où un conflit armé est déjà en cours, ainsi que tout fait de guerre ou toute activité terroriste auquel l'assuré(e) participe activement
- la consommation abusive d'alcool, de drogues ou d'autres substances, ou la consommation non médicale de médicaments
- la chirurgie ou toute autre opération de nature esthétique, à moins qu'elle ne soit médicalement justifiée
- la pratique d'un sport quel qu'il soit au niveau professionnel
- une altération de l'état de santé dont les symptômes étaient présents avant la conclusion du contrat
- une affection psychique ou nerveuse, sauf si toutes les conditions suivantes sont remplies :
  - un psychiatre reconnu en Belgique a formellement posé le diagnostic
  - le diagnostic se base sur des symptômes organiques et répond aux critères du système international de référence DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5e édition ou versions ultérieures)
  - l'affection est reprise dans la liste limitative suivante :
    - Dépression grave
    - Trouble bipolaire
    - Trouble psychotique
    - Trouble anxieux généralisé
    - Trouble dissociatif
    - Trouble obsessionnel-compulsif
    - Schizophrénie
    - Anorexie mentale
    - Boulimie

Lorsque nous invoquons un risque exclu, nous en informons le bénéficiaire par le biais d'un courrier motivé.

## **5. Qui est le bénéficiaire de la garantie complémentaire ?**

C'est vous qui êtes le bénéficiaire de cette garantie complémentaire, sauf si les conditions particulières le stipulent expressément autrement.

## **6. Comment se déroulent la déclaration et l'indemnisation ?**

Tout événement entraînant ou susceptible d'entraîner une incapacité de travail, doit être signalé dans un délai de 30 jours. En cas de déclaration tardive, nous pouvons diminuer notre intervention à concurrence du préjudice subi en raison de la déclaration tardive. Il convient de

joindre à la déclaration un certificat du (des) médecin(s) traitant(s) de l'assuré(e) précisant les causes, la nature, le degré et la durée probable.

Nous pouvons toujours demander des renseignements complémentaires. L'assuré(e) autorise ses médecins traitants à fournir à nos médecins conseils tous les renseignements dont ils disposent concernant son état de santé actuel. En outre, vous et l'assuré(e) devez prendre toutes les dispositions afin que nous ayons accès à l'assuré(e) et afin qu'un (ou des) médecin(s) mandaté(s) par nous puisse(nt) l'examiner.

Sur base de ces informations, nous communiquons au bénéficiaire dans quelle mesure nous intervenons. Nous partons du principe que le bénéficiaire l'accepte s'il ne nous signifie pas son désaccord dans les 30 jours. L'indemnisation se fait ensuite dans les 30 jours après que le bénéficiaire nous ait confirmé son accord, en nous retournant dûment complété et signé, un document que nous lui remettons à cet effet.

En cas de contestation sur le degré ou la durée de l'incapacité de travail et moyennant l'accord des deux parties, le dossier est soumis à un collège de deux médecins, chacune des parties mandatant le sien. Si ces médecins ne parviennent pas à se mettre d'accord, ils désignent ensemble un troisième médecin. S'ils ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le choix du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles. Les trois médecins prennent ensuite une décision commune, mais s'ils ne parviennent toujours pas à se mettre d'accord, l'avis du troisième médecin sera déterminant. La décision de ce collège de médecins est définitive. Chaque partie paie les frais et les honoraires du médecin qu'elle a elle-même mandaté et la moitié des frais et des honoraires du troisième médecin.

Nous versons le montant net, à savoir le montant assuré sous déduction des éventuelles retenues légales et des frais ou paiements qui seraient encore dus à nous ou à des tiers (p.ex. à un créancier gagiste).

Nous pouvons refuser l'indemnisation ou réclamer le remboursement des sommes versées en cas de fraude lors de la déclaration, si les renseignements demandés ne sont pas communiqués ou l'ont été tardivement dans une intention frauduleuse, ou si l'assuré(e) refuse de se faire examiner par un médecin mandaté par nous.

Nous ne prévoyons pas de dommages et intérêts en cas de retard d'indemnisation suite à une circonstance indépendante de notre volonté, comme par exemple si

les prestations ne sont pas réclamées, si le dossier n'est pas complet ou en ordre, etc.

## **7. Pouvez-vous interrompre cette garantie complémentaire ?**

Vous pouvez interrompre cette garantie complémentaire à tout moment, sans pour autant résilier la garantie principale. Le cas échéant, vous devez nous en informer par écrit (daté et signé). L'interruption est effective à la date à laquelle nous sommes en possession de tous les renseignements requis (votre identification, l'accord des bénéficiaires acceptants).

L'inverse n'est pas possible. Si vous résiliez la garantie principale, vous résiliez aussi automatiquement cette garantie complémentaire.

La garantie complémentaire n'a pas de valeur de rachat et ne peut plus être remise en vigueur une fois qu'elle a été résiliée.

## **8. La prime**

La prime relative à la garantie complémentaire est mentionnée dans les conditions particulières et doit être payée en même temps que la prime de l'assurance principale. Toutefois, vous pouvez interrompre à tout moment le paiement de la prime de la garantie complémentaire, sans pour autant interrompre le paiement de la prime de la garantie principale. L'interruption du paiement de la prime de la garantie complémentaire entraîne la résiliation immédiate de la garantie complémentaire.

## **9. Pouvons-nous modifier les présentes conditions générales complémentaires ?**

Oui, mais uniquement pour des raisons justifiées (telles qu'une modification légale ou réglementaire) et de bonne foi. Le cas échéant, nous vous en informons par écrit en vous signalant à partir de quand ces nouvelles conditions générales complémentaires sont d'application.



NN Insurance Belgium SA, prêteur en crédit hypothécaire agréé par la FSMA et entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les Branches 1a, 2, 21, 22, 23, 26, 27.

Siège social : Avenue Fonsny 38, B-1060 Bruxelles - RPM Bruxelles - TVA BE 0890.270.057 - BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE28 3100 7627 4220.