

**ASSURANCE COLLECTIVE
SOINS DE SANTE - HOSPITALISATION**

**CONDITIONS
GENERALES**

| |
|---------------------------|
| Table des matières |
|---------------------------|

| | |
|---|----|
| Définitions | |
| Chapitre I - Parties intéressées au contrat d'assurance maladie collectif | |
| Article 1 - Preneur d'assurance | 6 |
| Article 2 - Entreprise d'assurances | 6 |
| Article 3 – Assuré principal et coassurés | 6 |
| Article 4 - Contrat d'assurance maladie collectif | 6 |
| Article 5 - Obligations du preneur d'assurance et des assurés | 6 |
| Article 6 - Formalités médicales lors de l'acceptation du risque | 6 |
| Chapitre II - Les garanties | |
| Article 7 - Objet du contrat d'assurance maladie collectif | 7 |
| Article 8 - Risques non couverts | 12 |
| Article 9 - Exclusions et limitations des garanties | 12 |
| Article 10 - Accord préalable de l'entreprise d'assurances | 13 |
| Chapitre III - Les primes | |
| Article 11 - Paiement des primes | 14 |
| Article 12 - Résiliation et suspension de la garantie en cas de non-paiement des primes | 14 |
| Chapitre IV - Déclaration de sinistre et remboursement des frais | |
| Article 13 - Déclaration | 15 |
| Article 14 - Calcul du remboursement des frais par l'entreprise d'assurances et l'Assisteur | 15 |
| Article 15 - Paiement des prestations par l'entreprise d'assurances | 17 |
| Article 16 - Expertise médicale | 17 |
| Chapitre V - Dispositions diverses | |
| Article 17 - Paiement d'une prime complémentaire et poursuite en assurance individuelle | 18 |
| Article 18 - Prise d'effet du contrat d'assurance maladie collectif | 18 |
| Article 19 - Durée du contrat d'assurance maladie collectif | 19 |
| Article 20 - Modification du contrat d'assurance maladie collectif | 19 |
| Article 21 - Fin des prestations de l'entreprise d'assurances | 19 |
| Article 22 - Etendue territoriale | 19 |
| Article 23 - Notifications | 19 |
| Article 24 - Subrogation de l'entreprise d'assurances | 19 |
| Article 25 - Loi applicable - Juridiction | 20 |
| Protection de la Vie privée et droits des personnes enregistrées | 20 |
| Avertissement | 20 |
| Traitement des plaintes | 20 |

Définitions

1. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

2. Appareil orthopédique

Appareil destiné à corriger les difformités du corps.

3. L'Assisteur

La SBAI Mondial Assistance s.a.

Rue des Hirondelles, 2

1000 Bruxelles

Entreprise d'assurances, agréée sous le numéro de code 0947 pour pratiquer la branche "Assistance" (branche 18 - A.R. du 18/01/1982 M.B. du 23/01/1982) - R.C.B. 438.736 - B.C.E. Numéro d'entreprise 0422.348.688

4. AssurCard

Carte électronique qui permet le système du tiers payant.

5. Assuré principal - coassurés

L'assuré principal est la personne liée professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation.

Les membres de la famille de l'assuré principal qui bénéficient également de l'assurance collective sont appelés les coassurés.

6. Contrat d'assurance maladie collectif

L'assurance soins de santé conclue par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Ces personnes sont appelées 'assuré principal'. Le preneur d'assurance peut aussi contracter une assurance collective soins de santé au bénéfice des membres de la famille de l'assuré principal. Ces personnes sont appelées 'coassuré'.

Elle est constituée par les présentes conditions générales, les conditions particulières ainsi que par les annexes éventuelles.

7. Délai d'attente

Période précisée aux conditions particulières, prenant cours à la date d'affiliation de l'assuré et pendant laquelle aucun remboursement n'est dû par l'entreprise d'assurances.

8. Etablissement hospitalier – hôpital

L'établissement légalement reconnu, agréé et identifié comme un hôpital et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception des:

- établissements psychiatriques fermés;
- homes de séjour provisoire pour les patients psychiatriques et habitations protégées;
- établissements médico-pédagogiques;
- établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants et établissements de cures;
- maisons de repos et maisons de repos et de soins (M.R.S.) et les centres de soins de jour, même si ceux-ci sont intégrées dans un établissement hospitalier.

9. Entreprise d'assurances

Allianz Belgium s.a.

Rue de Laeken 35

1000 Bruxelles

Entreprise d'assurances, agréée sous le numéro de code 0097 pour pratiquer les branches "Vie" et "non Vie" (A.R. du 04/07/1979 - M.B. du 14/07/1979, A.R. du 19/05/1995 - M.B. du 16/06/1995) - R.C.B. 574 - B.C.E. Numéro d'entreprise 0403.258.197

10. Frais de soins de santé

Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale, qu'ils soient prescrits ou exécutés par un médecin et qu'ils soient exposés durant une hospitalisation:

- frais de séjour dans un établissement hospitalier;
- frais relatifs à un acte médical ou paramédical;
- achats de médicaments prescrits pour l'assuré par un médecin;
- frais de prothèse ou d'appareil orthopédique;
- le matériel médical.

11. Frais de soins de santé ambulatoires

Les frais visés aux quatre derniers points de la dixième définition ci-dessus, pour autant qu'ils soient exposés en dehors d'une hospitalisation.

12. Frais médicalement nécessaires

Tous les actes médicaux et paramédicaux qui sont adaptés et en relation directe avec le diagnostic posé par le médecin; sont donc exclues toutes prescriptions effectuées à titre de confort et de convenance personnels.

13. Franchise

Partie des frais remboursables restant à charge de l'assuré, et précisée aux conditions particulières. La franchise est établie par année sinistre et par assuré.

L'année sinistre est calculée à partir du premier jour de la première hospitalisation et se termine 365 jours plus tard.

Si les frais sont relatifs à une maladie grave, non précédée par une période d'hospitalisation, l'année sinistre se calcule à partir de la date des premiers frais remboursables.

14. Hospitalisation

Le séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier, pour autant que l'état de santé du patient l'exige, et dans le but de lui administrer un traitement curatif dans les plus brefs délais.

15. Infirmité

Etat congénital ou accidentel d'un individu ne jouissant pas ou imparfaitement d'une de ses fonctions physiques ou mentales.

16. Intervention légale

a) Par législations belges applicables aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident, on entend:

- la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (A.M.I.);
- la législation relative aux accidents du travail et sur le chemin du travail;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

b) Par intervention légale, on entend:

- pour les frais exposés en Belgique: tout remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés;
- pour les frais exposés dans un pays étranger: tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés.

17. Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs et qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

18. Matériel médical

Par matériel médical, on entend:

- a) le petit matériel médical acheté auprès d'un organisme agréé en Belgique ou en pharmacie: c'est-à-dire les moyens destinés à dispenser, renforcer ou compléter la médication principale comme les bandages, les seringues, les bas à varices..., à l'exclusion des montures et verres de lunette, des lentilles de contact et du matériel dentaire;
- b) le matériel médical lourd loué auprès d'un organisme agréé en Belgique ou auprès d'une pharmacie c'est-à-dire les moyens destinés à améliorer l'état physique et la mobilité du patient comme un lit, des béquilles, une chaise roulante...

19. Médicament

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin, et enregistré comme tel par le ministre ayant la compétence en la matière.

20. Preneur d'assurance

L'entreprise qui souscrit le contrat d'assurance maladie collectif.

21. Prothèse

Appareil qui totalement ou partiellement remplace un membre ou un organe et qui est fixé à la personne de l'assuré.

22. Santé

Etat de complet bien-être physique et mental et qui ne consiste pas seulement en l'absence d'une maladie ou d'une infirmité.

23. Sinistre

Chaque événement donnant lieu à la garantie du présent contrat d'assurance maladie collectif.

Chapitre I - Parties intéressées au contrat d'assurance maladie collectif

Article 1 - Preneur d'assurance

L'entreprise qui souscrit le contrat d'assurance maladie collectif.

Article 2 - Entreprise d'assurances

Allianz Belgium s.a.
Rue de Laeken 35
1000 Bruxelles

Article 3 - Assuré principal et coassurés

La personne:

- qui remplit les conditions prévues aux articles 4 à 6 des conditions particulières et qui adhère au contrat d'assurance maladie collectif;
- sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui bénéficie des garanties du contrat d'assurance maladie collectif.

Article 4 - Contrat d'assurance maladie collectif

Le contrat est constitué:

- par les présentes conditions générales qui décrivent les garanties, les exclusions du contrat, les obligations des parties ainsi que les dispositions régissant ce type de contrats d'assurance;
- par les conditions particulières qui précisent les choix et les obligations des parties;
- par les avenants éventuels signés de commun accord par le preneur et l'entreprise d'assurances.

Article 5 - Obligations du preneur d'assurance et des assurés

Le preneur d'assurance et l'assuré principal et/ou les coassurés sont tenus:

- de faire toutes déclarations et communications, par écrit ou par email, au siège de l'entreprise d'assurances afin de permettre la bonne exécution du présent contrat;
- d'avertir au plus tard dans un délai de trente jours, l'entreprise d'assurances de toutes les modifications de statut des assurés (affiliation, perte de la qualité d'assuré...);
- de communiquer à l'entreprise d'assurances, tous les renseignements lui permettant d'établir le droit aux prestations déterminées par le présent contrat ;
- le preneur d'assurance a l'obligation d'informer sans délai, l'assuré principal de la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire ;
- le preneur d'assurance a le devoir d'informer l'assuré principal au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de continuer à titre individuel.

Article 6 - Formalités médicales lors de l'acceptation du risque

L'entreprise d'assurances peut soumettre l'acceptation de nouveaux assurés aux résultats de formalités médicales.

L'entreprise d'assurances déterminera ces formalités médicales en fonction du caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation et du nombre de personnes à assurer. Ces formalités sont définies dans les conditions particulières.

L'affiliation de l'assuré est subordonnée au fait que le résultat de ces formalités soit reconnu comme favorable par le médecin conseil de l'entreprise d'assurances.

Chapitre II - Les garanties

Article 7 - Objet du contrat d'assurance maladie collectif

Module 1: Hospitalisation

- a) Le contrat d'assurance maladie collectif garantit le remboursement des frais de soins de santé exposés au sein de l'établissement hospitalier, pendant une hospitalisation d'au moins une nuit à l'occasion d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. La garantie s'applique uniquement si les frais sont médicalement nécessaires, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation, prescrits et prestés par les dispensateurs de soins reconnus. Les frais concernés sont:
- les frais de séjour relatifs à la journée d'hospitalisation en chambre commune, à deux lits ou un lit, à l'exclusion de tous les frais de confort et de luxe;
 - les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
 - les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
 - les médicaments et le matériel médical;
 - les frais de biologie clinique, de radiologie, d'imagerie médicale;
 - le test dit 'de la mort subite', pour le nourrisson;
 - les frais de transport par ambulance routière ou par hélicoptère exposés en Belgique, en rapport avec l'hospitalisation, justifiés par l'état de santé de l'assuré et pour autant qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
 - les frais d'hébergement d'un parent, dans la chambre de l'enfant âgé de moins de quatorze ans pour autant que les frais soient mentionnés sur la facture d'hospitalisation;
 - les frais mortuaires pour autant qu'ils soient mentionnés sur la facture d'hospitalisation;
 - les frais de séjour du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé, avec un maximum de €2.500;
 - les soins palliatifs prodigués dans un service reconnu à ce titre, au sein de l'établissement hospitalier.
- b) Hospitalisation de jour (one day clinic)
L'entreprise d'assurances assimile l'hospitalisation de jour à une hospitalisation comportant au moins une nuit définie en a) pour autant:
- qu'il s'agisse d'une institution reconnue comme one day clinic;
 - qu'il soit effectivement fait usage de la salle d'opération ou de plâtre et d'un lit d'hôpital; sont donc exclus le simple séjour dans les salles d'attente ou d'examens de l'hôpital et tout espace quelconque pour les services de consultation de l'établissement hospitalier;
 - qu'un forfait d'hôpital de jour prévu par l' A.M.I. (forfait 1 à 7) soit porté en compte sur la facture d'hospitalisation.
- c) L'assurance garantit le remboursement des frais médicaux concernant l'accouchement à domicile.

Module 2: Frais de soins de santé pré- et posthospitalisation

Le contrat d'assurance maladie collectif garantit le remboursement des frais de soins de santé ambulatoires exposés dans le mois qui précède l'hospitalisation (ou l'accouchement à domicile) et dans les trois mois qui la suivent. La garantie s'applique uniquement si les frais sont médicalement nécessaires, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation, prescrits et prestés par les dispensateurs de soins reconnus:

- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien;
- les médicaments;
- les traitements homéopathiques, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie;
- l'achat du petit matériel médical et la location du matériel médical lourd.

Module 3: Frais de soins de santé en cas de maladie grave

Le contrat d'assurance maladie collectif garantit le remboursement des frais de soins de santé ambulatoires liés à une maladie grave diagnostiquée par un médecin spécialiste légalement reconnu à pratiquer son art. Les frais doivent être en relation directe avec une des maladies graves énumérées aux conditions particulières, prescrits et prestés par les dispensateurs de soins reconnus. Les frais concernés sont:

- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien;
- les médicaments;
- les traitements homéopathiques, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie;
- l'achat du petit matériel médical et la location du matériel médical lourd.

Module 4: Assistance

4.1. Assistance hors de la Belgique

Tout assuré bénéficiant de la garantie hospitalisation, bénéficie également de la garantie d'assistance. La SBAI Mondial Assistance s.a., ci-après dénommée l'Assisteur, reçoit les appels, organise l'assistance et assure le rapatriement de l'assuré vers la Belgique.

En cas de séjour privé ou professionnel (c'est-à-dire à l'occasion d'activités administratives, culturelles ou commerciales à l'exclusion de toute activité technique et sportive notoirement dangereuse) à l'étranger, la garantie assistance est acquise pour tout assuré victime d'une maladie ou d'un accident:

- a) premiers secours et appel à l'assistance:
- pour les premiers secours d'urgence et/ou de transport primaire, il y a lieu de faire appel aux organismes locaux auxquels l'Assisteur ne peut se substituer. Les frais engagés à l'étranger sont remboursés uniquement sur production des justificatifs originaux:
 - le transport vers le médecin ou l'établissement hospitalier le plus proche pour recevoir les premiers soins, jusqu'à concurrence d'un maximum de € 1.000.
 - le transport local par ambulance si celui-ci est prescrit par un médecin.
 - les obligations d'assistance de l'Assisteur consistent:
 - à organiser tous contacts nécessaires entre son service médical et le médecin traitant et, au besoin, le médecin habituel de l'assuré.
 - à prendre les décisions nécessaires en fonction des impératifs liés à l'intérêt médical de l'assuré et des règlements sanitaires en vigueur et portant notamment sur:
 - le choix entre une attente, un transport régional ou un rapatriement;
 - la fixation de la date du transport;

- le choix du moyen de transport;
- la nécessité d'un accompagnement médical;
- le déplacement éventuel d'un compagnon de voyage également assuré, pour accompagner la personne transportée ou rapatriée jusqu'à son lieu de destination.
- à organiser le transport décidé jusque dans l'établissement hospitalier le plus susceptible d'apporter les soins adéquats; en cas de rapatriement, le transport est organisé jusque dans un établissement hospitalier reconnu, proche du domicile de l'assuré, ou, si son état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à son domicile.

La survenance d'affections bénignes ou de blessures légères susceptibles d'être soignées sur place, ne donne lieu qu'à la prise en charge des frais médicaux dans les limites contractuelles et à l'organisation du transport jusqu'au lieu où peuvent être prodigués les soins appropriés.

- b) avance de frais médicaux:
si l'assuré doit exposer immédiatement des frais médicaux, l'Assisteur peut lui en faire l'avance.
- c) présence au chevet de l'assuré hospitalisé:
lorsque l'assuré est hospitalisé au cours d'un déplacement à l'étranger qu'il effectue sans être accompagné, l'Assisteur organise le déplacement aller-retour d'un parent résidant en Belgique pour se rendre à son chevet s'il apparaît, dès les premiers contacts médicaux, que le transport ou le rapatriement ne peut être assuré dans les sept jours à dater de la déclaration de l'événement, délai non requis si l'enfant hospitalisé est un enfant de moins de dix-huit ans.
L'Assisteur participe également aux frais d'hébergement de ce parent se rendant au chevet de l'assuré jusqu'à concurrence d'un maximum de €620.
- d) rapatriement des autres membres de la famille assurés qui accompagnent l'assuré hospitalisé:
- si un événement entraîne l'hospitalisation d'un parent à l'étranger et empêche les enfants mineurs accompagnant cet assuré de rejoindre leur résidence en Belgique, l'Assisteur organise et prend en charge le retour de enfants mineurs du lieu de l'immobilisation jusqu'à leur résidence en Belgique. De plus, si aucune autre personne ne peut assumer la garde des enfants mineurs accompagnant l'assuré, l'Assisteur organise et prend en charge leur accompagnement par une personne désignée par la famille et habitant en Belgique. L'assisteur prend en charge le déplacement aller-retour et les frais d'hébergement de l'accompagnateur si nécessaire et à concurrence d'une nuitée maximum.
 - si un événement qui conduit à l'hospitalisation d'un membre de la famille assuré, empêche les autres assurés de la famille accompagnant l'assuré hospitalisé de rejoindre leur résidence en Belgique, l'Assisteur organise et prend en charge leur retour du lieu d'immobilisation jusqu'à leur domicile en Belgique.
- e) rapatriement en cas de décès:
lorsqu' au cours d'un séjour, un assuré décède à l'étranger, l'Assisteur organise depuis l'établissement hospitalier ou la morgue le transport ou le rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'au domicile en Belgique du défunt ou jusqu'au lieu d'inhumation proche du domicile. Le remboursement des frais (sauf les frais de cérémonie et d'inhumation) s'effectue jusqu'à concurrence d'un maximum de €1.490.
- f) frais de recherche et de sauvetage:
l'Assisteur rembourse à concurrence d'un maximum de €5.000 par personne assurée, les frais de fonctionnement engendrés pour la recherche ou le sauvetage après un accident ou une disparition.
- g) envoi de médicaments et de matériel:
si l'assuré perd ses médicaments, prothèses, lunettes ou lentilles ou s'ils sont volés, l'Assisteur prévoit leur remplacement et leur envoi; ceci uniquement dans les cas où les médicaments et/ou le matériel sont indispensables à l'assuré, ont été prescrits par un médecin et à la condition qu'aucune alternative ne soit disponible à l'étranger.
Les médicaments et prothèses doivent être reconnus par la sécurité sociale belge. En ce qui concerne les médicaments, un accord préalable du médecin conseil de l'Assisteur est requis et l'intervention de l'Assisteur peut être refusée si l'usage de ces médicaments est interdit par la législation locale.

Le prix d'achat des médicaments et/ou du matériel doit être remboursé par l'assuré dans un délai de 30 jours à partir du paiement par l'Assisteur.

- h) doctor on call:
si l'assuré est frappé par un problème de santé sérieux et inattendu pendant son séjour à l'étranger, l'Assisteur organise et prend en charge un contact téléphonique avec un médecin en Belgique. L'assuré pourra exposer son problème de santé au médecin et discuter des précautions éventuelles à prendre.
- i) aide psychologique:
l'aide psychologique décrite dans le volet «4.2. Assistance en Belgique» sous le point c) «aide psychologique» est organisée par téléphone à l'étranger, si celle-ci est requise immédiatement.

Initiative des prestations, décision et responsabilité:

Toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au numéro +32 2 773 61 09 accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention.

Dès lors qu'il est avisé de la survenance d'un événement donnant lieu à l'assistance, l'Assisteur a la maîtrise des opérations à conduire et décide seul des assistances qu'il organise ainsi que du mode de transport à fournir.

- L'obligation générale de garantie de l'Assisteur est suspendue dès qu'il se voit refuser sa proposition d'intervention ou toute demande de contacts, de renseignements (y compris ceux relatifs à d'éventuelles autres assurances ayant le même objet et portant sur les mêmes risques que ceux couverts par le présent contrat), d'exams, d'attestations ou de certificats qu'il juge utile pour apprécier l'événement invoqué, en mesurer la gravité, en déterminer les circonstances, relever l'existence éventuelle d'une cause d'exclusion de garantie ou établir un lien de parenté requis.
- L'organisation par un assuré ou par son entourage de l'une des prestations garanties ci-dessus (self - assistance), tout comme l'engagement de toute dépense y relative ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assisteur a été prévenu de cette procédure et a préalablement et expressément marqué son accord en communiquant un numéro de dossier. Si l'Assisteur n'a pas marqué son accord, il se réserve le droit de refuser son intervention.

4.2. Assistance en Belgique

- a) informations téléphoniques:
l'Assisteur fournit du lundi au vendredi entre 09h00 et 17h00 à l'assuré, l'adresse et le numéro de téléphone des services médicaux suivants en Belgique:
- institutions pour soins à domicile;
 - location de matériel médical;
 - centres de revalidation;
 - maisons de repos pour personnes âgées.

L'Assisteur fournit **24h sur 24 et 7 jours sur 7**, les informations suivantes concernant:

- les établissements hospitaliers;
- les médecins de garde;
- les pharmaciens de garde;
- les services d'ambulance dans les environs de l'assuré.

- b) mesures spécifiques en cas d'hospitalisation:
- organisation de l'enregistrement de l'hospitalisation, réservation d'une chambre dans un établissement hospitalier reconnu;
 - organisation des travaux ménagers après une hospitalisation de minimum 3 nuits, pendant une durée de deux mois: l'Assisteur organise le service de nettoyage, repassage, aide ménagère, achat des courses ménagères et jardinage;
 - organisation et paiement du transport aller-retour vers l'établissement hospitalier: si l'assuré ne peut, pour des raisons médicales, se déplacer seul, l'Assisteur organise et paie le transport par ambulance vers l'établissement hospitalier le plus proche ou vers un établissement hospitalier qui donnera des soins appropriés compte tenu de l'état de santé de l'assuré, pour autant qu'il s'agisse d'une hospitalisation de plus d'une nuit. L'Assisteur peut aussi prévoir le retour au domicile de l'assuré;
 - organisation et paiement des services suivants:
 - la garde d'enfant jusqu'à l'âge de 14 ans pendant l'hospitalisation d'un des parents, pendant maximum 8 jours et avec une intervention de maximum € 65 par jour;
 - la garde d'un chien et /ou d'un chat appartenant à l'assuré pendant son hospitalisation et pour un montant maximum de € 125;
 - les leçons de rattrapage pour un enfant assuré à l'école primaire ou secondaire après leur hospitalisation, pour un montant maximum de € 250;
 - organisation et paiement d'un chauffeur: L'Assisteur prévoit un chauffeur de remplacement si l'assuré a été hospitalisé pour une durée minimum de trois nuits pour autant que :
 - l'assuré ait été reconnu médicalement incapable conduire;
 - maximum trois jours calendrier (3 fois 8 heures);
 - le véhicule de l'assuré soit en état de rouler et répond à toutes les exigences légales.
 Le chauffeur de remplacement conduira le véhicule de l'assuré.
 L'Assisteur s'engage à fournir cette prestation dans un délai de 6h après appel de l'assuré et prévoit cette garantie uniquement en Belgique.
- c) aide psychologique:
- pour l'assuré: l'Assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire qui est la conséquence d'une hospitalisation de 5 nuits minimum à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 5 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.
 - pour les parents proches: l'Assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire pour les parents proches de l'assuré décédé à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 10 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.
- d) informations téléphoniques pour la préparation d'un voyage: l'Assisteur aide l'assuré dans la préparation de son voyage en lui donnant du lundi au vendredi entre 09h00 et 17h00 , les informations relatives:
- aux précautions à prendre en matières médicales et d'hygiène;
 - aux vaccinations obligatoires et conseillées;
 - aux formalités administratives pour les voyageurs, les moyens de transport et les animaux domestiques;
 - aux adresses des consulats étrangers et des bureaux de tourisme en Belgique;
 - aux adresses des consulats belges à l'étranger.

Pour l'assistance en Belgique, l'assuré doit contacter l'Assisteur par téléphone au numéro 02/773 61 09.

Article 8 - Risques non couverts

Les garanties ne sont jamais acquises pour un sinistre:

- survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit;
- résultant d'une tentative de suicide;
- causé intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire ou résultant de tout acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie ainsi que les maladies ou accidents et leurs conséquences survenus à l'assuré alors qu'il se trouve en état d'ivresse ou sous l'influence de l'alcool, de stupéfiants, de produits hallucinogènes ou d'autres drogues ou ceux causés par l'abus de médicaments, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement;
- résultant de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes;
- qui résulte de toute activité sportive rémunérée¹ en ce compris l'entraînement.

Article 9 - Exclusions et limitations des garanties

1. Dispositions relatives à la garantie hospitalisation

1.1 Le remboursement des frais est exclu:

- pour une hospitalisation dont la cause fait l'objet d'une exclusion sur base des formalités médicales;
- pour une hospitalisation en cours à la date d'affiliation de l'assuré;
- pour une hospitalisation qui prend cours pendant le délai d'attente;
- pour une hospitalisation relative à une infirmité et/ou une maladie existante au moment de l'affiliation de l'assuré et qui s'était déjà manifestée par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués. Toutefois, la garantie est acquise, si au cours de l'année qui suit la date d'affiliation, l'assuré n'a pas fait l'objet d'une hospitalisation ou d'un traitement médical en rapport avec la cause préexistante;
- pour toute forme de stérilisation, les suites et conséquences;
- pour une hospitalisation pour laquelle l'assuré s'est rendu intentionnellement en dehors de la Belgique afin d'y recevoir des soins;
- pour les traitements et les soins esthétiques. Toutefois pour les traitements de chirurgie plastique - esthétique qui ont un caractère fonctionnel et qui ont été acceptés par l'A.M.I., l'entreprise d'assurances remboursera les frais d'hospitalisation dans une chambre à deux lits, à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel médical pour lequel il n'y a pas de remboursement prévu par l'A.M.I.;
- pour les soins dentaires, le matériel dentaire, les prothèses dentaires, les prestations stomatologiques, la chirurgie dentaire et l'orthopédie maxillo-dentaire faciale en ce compris les traitements orthodontiques, sauf
 - a) les soins dentaires, le placement de prothèses ou de matériel dentaires, les prestations stomatologiques, la chirurgie dentaire et l'orthopédie maxillo-dentaire faciale suite à un accident couvert;
 - b) les prestations effectuées par un stomatologue durant une hospitalisation et qui sont la conséquence d'une maladie autre que les pathologies des dents, des gencives et des mâchoires, sous réserve de l'accord préalable prévu à l'article 10.

¹ sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré

- Pour les hospitalisations relatives aux traitements de l'obésité par médicaments ou par chirurgie, leurs suites et conséquences sauf si le médecin conseil de l'entreprise d'assurance a marqué préalablement son accord conformément à l'article 10.
L'entreprise d'assurances remboursera les frais d'hospitalisation dans une chambre à deux lits, à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel médical pour lequel il n'y a pas de remboursement prévu par l'A.M.I.;

1.2 Limitation de la garantie:

- pour l'hospitalisation dans un service de gériatrie ou de revalidation ou rééducation fonctionnelle à partir de la trente et unième nuit d'hospitalisation. En ce qui concerne les nuits supplémentaires, l'entreprise d'assurance limite son intervention au montant réclamé pour les frais de séjour en chambre à deux lits et à l'exclusion des suppléments d'honoraires. Lorsque deux séjours dans un service de gériatrie ou de revalidation ou rééducation fonctionnelle ne sont pas séparés par au moins trente jours, ils font partie de la même hospitalisation;
- les traitements des maladies neurologiques ou psychiques sont exclus sauf les traitements qui concernent les maladies qui peuvent être médicalement objectivées par référence à la classification du Barème Officiel Belge des Invalidités. Les frais relatifs au traitement de ces affections nerveuses ou mentales ne sont remboursés que pour une durée d'hospitalisation de maximum deux ans consécutifs ou non, cumulés à partir du début de la première hospitalisation;
- une hospitalisation dans le cadre du traitement contre la stérilité « fécondation in vitro » est remboursée pour autant que les conditions requises par l'A.M.I, pour l'obtention d'un remboursement de la sécurité sociale soient remplies. Dans le cas où les conditions ne sont pas remplies, l'entreprise d'assurance ne rembourse aucun frais.

2. Dispositions relatives à la garantie des frais de soins de santé en cas de maladie grave

Le remboursement des frais est exclu si la maladie existait au moment de l'affiliation de l'assuré et s'était déjà manifestée par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués. Toutefois, la garantie est acquise, si au cours de l'année qui suit la date d'affiliation l'assuré n'a subi aucun traitement médical en rapport avec la cause préexistante.

3. Dispositions relatives à la garantie d'assistances en dehors de la Belgique

Les garanties d'assistances aux personnes sont exclues dans les cas suivants:

- convalescence et affection en cours de traitement;
- rechute d'une maladie constatée avant le déplacement et comportant un risque réel d'aggravation;
- les frais engagés après le moment fixé par l'Assisteur pour le rapatriement de l'assuré au cas où celui-ci ou ses proches refusent que le rapatriement ait lieu audit moment;
- quand l'assuré s'est rendu intentionnellement en dehors de la Belgique afin d'y recevoir des soins.

Article 10 - Accord préalable de l'entreprise d'assurances

L'intervention de l'entreprise d'assurances est subordonnée à l'accord préalable du médecin conseil pour les cas suivants:

- les soins dentaires, traitements dentaires, placement de prothèses ou de matériel dentaires suite à un accident couvert;
- les soins dentaires et traitements dentaires prodigués par un stomatologue durant une hospitalisation;
- la chirurgie plastique et réparatrice;
- les prothèses et matériel orthopédiques ;
- les traitements de l'obésité.

Le médecin conseil de la compagnie apprécie sur base des rapports circonstanciés (description du traitement, durée et prix demandé) qui lui sont soumis, la nécessité du traitement proposé et le montant de l'intervention à octroyer. Les rapports mentionnés ci-dessus doivent parvenir au médecin conseil au plus tard quinze jours avant la date prévue pour l'hospitalisation.

Sans accord préalable du médecin conseil, l'entreprise d'assurance n'interviendra ni dans les frais exposés pendant l'hospitalisation ni dans les frais pré- et post hospitalisation.

Chapitre III - Les primes

Article 11 - Paiement des primes

Les primes sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent être payées par fractions mensuelles à terme échu. Elles sont dues dès le premier jour du mois d'assurance au cours duquel a lieu l'affiliation. Les primes sont majorées de tous suppléments tels que taxes et cotisations, présentes ou futures sauf mention contraire dans les conditions particulières.

Article 12 - Résiliation et suspension de la garantie en cas de non-paiement des primes

Le non-paiement d'une prime annuelle ou d'une fraction mensuelle de celle-ci entraîne la suspension de la garantie après mise en demeure envoyée par l'entreprise d'assurances.

La mise en demeure prévoit un délai de seize jours à partir de la date de la lettre recommandée pour effectuer le paiement des sommes dues.

Si les primes ne sont pas en possession de l'entreprise d'assurances dans ce délai, la garantie est suspendue à partir du seizième jour de la date de mise en demeure.

La garantie reprend ses effets le lendemain du paiement intégral des primes à l'entreprise d'assurances.

Pendant la période de suspension et au plus tôt le seizième jour qui suit le début de cette suspension, l'entreprise d'assurances peut résilier le contrat d'assurance maladie collectif.

La résiliation prendra effet seize jours après une lettre recommandée envoyée par l'entreprise d'assurances, à moins que les primes aient été payées entre-temps.

Chapitre IV - Déclaration de sinistre et remboursement des frais

Article 13 - Déclaration

- a) En cas d'hospitalisation en Belgique ou en dehors de la Belgique, l'assuré doit déclarer sans retard le sinistre à l'entreprise d'assurances, et au plus tard, dans les trois mois de sa survenance. Toutefois, l'assuré ne perd pas le droit aux prestations prévues par le contrat d'assurance maladie collectif si la déclaration est faite après ce délai, pour autant que la preuve soit apportée que la déclaration ait été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

L'assuré fait parvenir à l'entreprise d'assurances la déclaration de sinistre dûment complétée en y joignant les originaux de toutes pièces justificatives (facture de l'hôpital en cas d'hospitalisation), certificats et rapports de nature à prouver l'existence des frais couverts.

b) **Utilisation de l'AssurCard**

Chaque assuré qui dispose d'une carte électronique, dénommée **AssurCard**, a la possibilité conformément aux conditions particulières de déclarer l'hospitalisation en Belgique selon le système d'échange de données mis à sa disposition. Pour toutes demandes d'information concernant **AssurCard**, l'assuré peut contacter le numéro vert 0800 32 213.

- c) En cas de demande d'assistance en dehors de la Belgique, toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au n° +32 2 773 61 09 accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention.

L'entreprise d'assurances et l'assisteuse peuvent réclamer toutes pièces complémentaires jugées nécessaires et l'assuré s'engage à les demander à son médecin traitant.

Toutes les données d'ordre médical sont constatées par le médecin conseil de l'entreprise d'assurance et/ou de l'assisteuse.

Les documents justificatifs doivent être en possession de l'entreprise d'assurances dans un délai d'un an à dater du début du sinistre.

Si les documents ne permettent pas au médecin conseil de l'entreprise d'assurance d'arrêter son opinion, l'assuré accepte de répondre favorablement aux contrôles et examens médicaux qui lui seront demandés à cette fin.

Article 14 - Calcul du remboursement des frais par l'entreprise d'assurances et l'Assisteuse

Le remboursement par l'entreprise d'assurances des frais soins de santé, couverts par le contrat d'assurance maladie collectif, exposés en Belgique ou en dehors de la Belgique, est calculé comme suit:

a) du montant des frais exposés sont déduits:

- le montant des interventions légales.
Toutefois si l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il sera tenu compte d'un montant fictif identique au montant des interventions légales prévues par la législation sociale belge A.M.I. - secteur soins de santé - régime des salariés. Si une personne assurée bénéficie uniquement des gros risques auprès de la mutuelle, il sera tenu compte d'un montant fictif identique au montant des interventions légales prévues par la législation sociale belge A.M.I. - secteur soins de santé - régime des salariés.
- le montant de tous autres remboursements relatifs aux frais exposés en ce compris les remboursements dont l'assuré bénéficie dans le cadre de l'assurance hospitalisation libre et complémentaire de sa mutuelle.

- b) lorsqu'il existe un remboursement légal, la totalité des frais de soins de santé exposés mis à charge du patient est remboursée. Lorsque les frais de soins de santé mis à charge du patient sont sans remboursement légal, 50% des frais exposés sont remboursés:
- pour les frais de séjour, l'entreprise rembourse les suppléments mis à charge du patient pour la chambre à un lit et la chambre à deux lits (et ceci en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur, relatives aux hôpitaux);
 - pour les frais médicaux et les honoraires médicaux, l'entreprise rembourse les suppléments à charge du patient pour chaque prestation soins de santé (en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur, relatives aux hôpitaux);
 - pour les médicaments, l'entreprise rembourse les suppléments à charge du patient;
 - pour l'achat du petit matériel médical et la location du matériel médical lourd, l'entreprise rembourse les suppléments à charge du patient.

Toutefois, les frais de soins de santé repris sur la facture d'hospitalisation seront remboursés à 100% si la facture contient au moins une prestation avec remboursement légal.

- c) du montant ainsi déterminé est déduit le montant de la franchise précisée aux conditions particulières.
- d) le solde est remboursé par l'entreprise d'assurances en tenant compte des plafonds prévus dans les conditions générales et particulières.

Les engagements financiers de l'Assisteur sont:

- a) engagement général:
le coût des assistances organisées par l'Assisteur reste à sa charge dans les limites prévues par le présent contrat d'assurance maladie collectif. Cependant, toute prestation ne pouvant en aucun cas constituer une source de profit financier, l'Assisteur déduit des frais qu'il supporte ceux qui auraient été engagés si le sinistre n'avait pas eu lieu, tels les frais de train, d'autocar, d'avion ou de traversée maritime, les péages divers et le carburant du véhicule, et se réserve le droit de demander les titres de transport non utilisés.
- b) frais de communication à l'étranger (téléphone, télécopie, télex, télégramme, internet):
ces frais sont remboursés sur justificatifs pour tout appel à l'Assisteur relatif à une assistance garantie par le contrat d'assurance maladie collectif.
- c) self-assistance:
les frais engagés dans les cas de self-assistance (chapitre II, article 7, module 4) ne sont remboursés que dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagé si, tenu d'intervenir, il avait lui-même organisé l'assistance.
- d) reconnaissance de dette:
le coût des services prestés ainsi que tout paiement effectué par l'Assisteur et dont la prise en charge ne lui incombe point, constituent une avance consentie au bénéficiaire. Celui-ci s'engage à la rembourser dès réception de l'invitation à payer lui envoyée par l'Assisteur. Après trente jours, les sommes dues sont majorées forfaitairement de 20% avec un minimum de € 123,95 ainsi que d'un intérêt de 1% par mois écoulé.

Article 15 - Paiement des prestations par l'entreprise d'assurances

- a) Le montant des prestations est payé à l'assuré, membre du personnel- assuré principal de l'entreprise qui a souscrit le contrat d'assurance maladie collectif ou à ses héritiers ou à toute personne désignée expressément par cet assuré.
Le remboursement de la facture d'hospitalisation s'effectuera dans les dix jours calendrier de la réception de celle-ci par l'entreprise d'assurances pour autant qu'elle soit en possession du dossier complet relatif aux frais médicaux de l'assuré et que le sinistre ait été accepté en fonction des conditions générales et particulières du présent contrat.
- b) Chaque assuré qui dispose d'une **AssurCard**, a la possibilité de bénéficier du tiers payant lors d'une hospitalisation en Belgique, pour autant que l'entreprise d'assurances ait donné son accord pour le remboursement des frais. Dans ce cas, la facture d'hospitalisation est transmise à l'entreprise d'assurances qui règle ce montant directement à l'établissement hospitalier conformément aux conditions générales et particulières de la présente convention.

Article 16 - Expertise médicale

En cas de désaccord entre le médecin conseil de l'entreprise d'assurance et le médecin choisi par l'assuré, celui-ci est libre de demander une expertise médicale amiable.

Chaque partie désigne un médecin qui agira en tant qu'expert. En cas de désaccord entre les deux experts ceux-ci s'adjoignent un tiers expert.

Si l'une des deux parties reste en défaut de désigner son expert dans un délai de seize jours après une intervention par lettre recommandée ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur le choix du troisième expert, la nomination en est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de l'arrondissement judiciaire du domicile ou siège social de cette partie.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert qu'elle désigne en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Chacune des parties supporte la moitié des frais et honoraires du troisième expert en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Chapitre V - Dispositions diverses

Article 17 - Paiement d'une prime complémentaire et poursuite en assurance individuelle

1- Paiement d'une prime complémentaire

L'entreprise d'assurances informe le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire. Le preneur d'assurance transmet cette information sans délai à l'assuré principal.

Le paiement de ces primes complémentaires a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle la prime que l'assuré devra payer à titre individuel est fixée en tenant compte des versements complémentaires effectués.

2- Poursuite à titre individuel sans formalité médicale et sans délai d'attente

Lorsque l'assuré principal compte au minimum deux années non interrompues d'assurance dans un contrat d'assurance maladie soins de santé et qu'il perd le bénéfice de l'assurance collective, il a le droit de poursuivre l'assurance hospitalisation individuellement.

Lorsque l'assuré principal compte au minimum deux années non interrompues d'assurance dans un contrat d'assurance maladie soins de santé et qu'un coassuré perd le bénéfice de l'assurance collective, il a le droit de poursuivre l'assurance hospitalisation individuellement.

Le contrat sera établi sur base des conditions et de la tarification en vigueur pour les contrats d'assurance individuelle offerts par l'entreprise d'assurances au moment de la souscription de ce contrat. Toutefois les garanties octroyées sont similaires et limitées à celles offertes dans le présent contrat d'assurance maladie collectif.

Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel celui-ci et le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie collectif, individuellement.

Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance collective pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de 105 jours à partir du moment où il perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

Dans tous les autres cas, la continuation à titre individuelle se fera avec formalités médicales.

Article 18 - Prise d'effet du contrat d'assurance maladie collectif

Le contrat d'assurance maladie collectif prend effet à la date indiquée de commun accord à l'article 1 des conditions particulières, après signature du contrat d'assurance maladie collectif par les parties (articles 1 et 2 des conditions générales) et paiement de la première prime.

En cas de non-paiement de la prime dans les 45 jours de l'envoi du bordereau reprenant l'ensemble des affiliés au contrat d'assurance maladie collectif, celle-ci sera nulle de plein droit.

Article 19 - Durée du contrat d'assurance maladie collectif

Le contrat d'assurance maladie collectif est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit sa prise d'effet. A la fin de cette première période, elle se renouvelle tacitement pour une durée d'un an et ce chaque année, sauf résiliation par lettre recommandée par une des parties à l'autre trois mois au moins avant la fin de l'année d'assurance en cours.

Article 20 - Modification du contrat d'assurance maladie collectif

En cas de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires en matière de sécurité sociale ou d'assurance obligatoire sur les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail ou en matière de maladies professionnelles ou de modification de la loi sur les hôpitaux ou toute autre modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties, l'entreprise d'assurances se réserve le droit de modifier les conditions d'assurance après en avoir avisé le preneur d'assurance. Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de la notification de la modification.

Article 21 - Fin des prestations de l'entreprise d'assurances

Les prestations de l'entreprise d'assurances prennent fin immédiatement au terme du contrat d'assurance maladie collectif, à la date de sa résiliation ou lors de la perte de la qualité d'assuré précisée dans les conditions particulières.

Cependant dans les cas précisés à l'article 6 des conditions particulières, lorsqu'une hospitalisation est en cours lors de la perte de la qualité d'assuré, les prestations sont maintenues pendant une durée maximum de six mois pour les frais relatifs à cette hospitalisation pour autant que celle-ci soit ininterrompue et à l'exclusion des frais posthospitalisation.

Article 22 - Etendue territoriale

Le contrat d'assurance maladie collectif sortit ses effets dans le monde entier pour autant que le contrôle, tel qu'il est prévu aux articles 13 et 16 puisse être exercé.

Les frais exposés pendant une hospitalisation en dehors de la Belgique seront remboursés, si l'hospitalisation présente un caractère d'urgence.

Article 23 - Notifications

Tout changement de domicile doit être notifié à l'entreprise d'assurances dans un délai de trente jours. Les notifications à faire au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse signalée à l'entreprise d'assurances.

Les notifications destinées à l'entreprise d'assurance doivent être faites à son siège social. Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

Article 24 - Subrogation de l'entreprise d'assurances

Par le fait même que la garantie du contrat d'assurance maladie collectif est due, ou dans le cas où l'entreprise d'assurances l'aurait déjà prestée, celle-ci est subrogée dans les droits qui peuvent appartenir au preneur d'assurance ou à l'assuré contre tous les tiers responsables d'un accident ou d'une maladie.

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours en faveur d'un tiers quelconque sans l'accord écrit de l'entreprise d'assurances.

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré sont tenus de communiquer à l'entreprise d'assurances tous les renseignements nécessaires afin que cette dernière puisse exercer son recours vis à vis des tiers.

Article 25 - Loi applicable - Juridiction

La loi applicable du contrat d'assurance maladie collectif est la loi belge.

Les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat d'assurance maladie collectif relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Si le preneur d'assurance n'est pas établi en Belgique, est seul compétent le Tribunal de Première instance de Bruxelles.

Protection de la Vie privée et droits des personnes enregistrées

Les données à caractère personnel communiquées à Allianz Belgium s.a. servent exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes. A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées.

L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre.

L'assuré accepte que le preneur et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion.

Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour Allianz Belgium s.a., selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service :

Protection de la Vie Privée, Allianz Belgium s.a., Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé.

Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée

- à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeüs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75,

info@ombudsman.as, ou

- au service Médiation Clientèle de la compagnie Allianz Belgium s.a., Rue de Laeken 35 à

1000 Bruxelles, fax : 02/214.61.71, Mediation@allianz.be

sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.