



Conditions générales P&V Hospi

Edition 05/2009

001/0245 • 5-09

I - GENERALITES

ARTICLE 1: Définitions

ACCIDENT

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré par l'action subite d'une cause extérieure à l'organisme, indépendante de sa volonté et dont les conséquences nécessitent un traitement médical.

ADJUVANTS MEDICAUX

Les verres de lunettes, les verres de contact, les appareils auditifs, les bandages herniaires, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, les lombostats, les attelles, les canules trachéales, le matériel pour incontinence et pour stomie repris aux articles 27 § 1, 30 et 31 de la nomenclature des prestations de santé à l'exclusion de tous autres matériels ou appareils.

ANNEE D'ASSURANCE

La période comprise entre deux anniversaires successifs de la date d'effet du présent contrat, mentionnée dans les Conditions particulières.

APPAREIL ORTHOPEDIQUE

Appareil destiné à corriger les difformités du corps, mentionné dans l'article 29 § 1 (section A à D) de la nomenclature des prestations de santé, à l'exclusion de tous autres appareils.

ASSURE

La personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

DELAJ D'ATTENTE

La période débutant à la date d'effet de la garantie et au plus tôt le jour du paiement de la première prime, et pendant laquelle l'assuré ne bénéficie pas encore des garanties.

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Tout établissement légalement reconnu comme un hôpital et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés. Les établissements psychiatriques, médico-pédagogiques ou destinés au simple hébergement de personnes âgées, les maisons de repos, de cure, de revalidation ou de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

FRANCHISE

Partie des frais remboursables restant à charge du preneur et dont le montant est stipulé aux Conditions particulières du

contrat. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par assuré et par année d'assurance.

Elle ne sera retenue qu'une seule fois :

- lorsqu'au cours d'un même événement assuré, plusieurs assurés sont hospitalisés simultanément;
- lorsqu'une hospitalisation se poursuit sur l'année d'assurance suivante.

Elle ne sera pas retenue dans le cas d'un séjour en chambre commune, y compris dans le cadre d'une hospitalisation de jour, ainsi que dans le cadre de remboursement de frais ambulatoires relatifs à une maladie grave couverte.

La franchise est indexable.

HOSPITALISATION

Tout séjour médicalement nécessaire, prescrit par un médecin, dans un établissement hospitalier pour autant que ce dernier porte au moins un jour de séjour en compte. L'hospitalisation de jour (One-Day Clinic) est considérée comme une hospitalisation à part entière pour autant qu'un forfait d'hôpital de jour, ou qu'un mini- ou maxi- forfait soit porté en compte.

INDEXATION

Sauf indication contraire dans les Conditions particulières, la prime, les franchises et montants de prestations déclarés 'indexables' dans les présentes Conditions générales, sont indexés à l'échéance annuelle de la prime selon le rapport entre l'indice du mois qui précède l'échéance annuelle et celui en vigueur au 1er janvier 2008.

L'indexation a lieu sur la base de l'évolution de paramètres représentatifs et objectifs de l'évolution des coûts des prestations admis par la C.B.F.A. ou, à défaut, sur la base de l'évolution positive de l'indice des prix à la consommation. L'indexation a lieu sur la base de l'évolution des coûts des prestations ou, à défaut, sur la base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation durant cette période.

IMPLANT

Tout instrument, appareil, équipement, toute matière ou tout autre article, utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans le bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé exclusivement chez l'homme et principalement à des fins :

- de diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap;
- d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique;

et dont l'action principale voulue sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, chimiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

L'implant est implanté en tout ou en partie par voie chirurgicale ou médicale dans le corps humain ou dans un orifice naturel, ou il remplace une partie du tissu épithélial; il est destiné à y rester après l'intervention pendant 30 jours au moins. L'implant ne peut être enlevé que par une intervention chirurgicale ou médicale.

Seuls les matériaux mentionnés à l'article 35 § 1 de la nomenclature des prestations de santé sont pris en considération.

INTERVENTION EXTRA-LEGALE

Tout remboursement prévu en vertu de conventions individuelles ou collectives quelconques ayant le même objet que le présent contrat, en ce compris les interventions indemnitaires des assurances et/ou services complémentaires obligatoires ou facultatifs des mutualités.

INTERVENTION LEGALE

A. pour les frais exposés en Belgique :

tout remboursement prévu en vertu des législations belges relatives à l'assurance maladie-invalidité, aux maladies professionnelles et aux accidents du travail, en ce compris la loi relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.

B. pour les frais exposés à l'étranger :

tout remboursement prévu en vertu d'une convention conclue entre la Belgique et le pays étranger et relative à la sécurité sociale ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par les législations belges.

LA SOCIETE

La S.C.R.L. "P&V ASSURANCES" ayant son siège social 151 rue Royale à B-1210 Bruxelles.

MALADIE

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré présentant des symptômes physiques objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable et nécessitant un traitement médical.

MALADIES GRAVES

L'une des maladies ci-après :

Cancer, leucémie, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, sclérose en

plaques, diphtérie, poliomyélite, variole, typhus, charbon, tétanos, méningite cérébrospinale, fièvre typhoïde, fièvre paratyphoïde, encéphalite, choléra, sida, tuberculose, diabète, hépatite virale, scarlatine, maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer, mucoviscidose, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Pompe, sclérose latérale amyotrophique, brucellose, maladie de Guillain-Baré, maladie de Creutzfeldt-Jacob.

MATERIEL ENDOSCOPIQUE ET DE VISCEROSYNTHESE

Tout instrument, appareil, équipement, toute matière ou tout autre article, utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans le bon fonctionnement de celui-ci, destinés par le fabricant à être utilisés exclusivement chez l'homme et principalement à des fins :

- de diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap;
- d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique,

et dont l'action principale voulue sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, chimiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Le matériel endoscopique ou de viscérosynthèse pénètre, durant la période voulue, partiellement ou totalement à l'intérieur du corps, soit par une intervention chirurgicale, soit par un orifice naturel du corps, soit à travers la surface du corps.

Seuls les matériaux mentionnés à l'article 35 bis §1 de la nomenclature des prestations de santé sont pris en considération.

MATERIEL DE SYNTHESE

Matériel composé artificiellement, utilisé pour la jonction d'éléments séparés afin de former un ensemble et implanté médicalement ou chirurgicalement dans le corps humain (par exemple : vis, clou, etc.). Seuls les matériaux mentionnés à l'article 28 § 1 de la nomenclature des prestations de santé sont pris en considération.

MEDICAMENT

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin, et enregistré comme tel par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE

Ensemble des codifications visées à l'article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'elle était arrêtée au 19 février 2008.

PRENEUR

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat et qui s'engage à payer les primes.

PRIME

Somme payée par le preneur à la société en contrepartie des garanties assurées.

PROTHESE

Appareil qui remplace, totalement ou partiellement, un membre ou un organe, mentionné dans l'article 29 § 1 (sections E-F-G-J) ainsi que les prothèses mammaires mentionnées à l'article 27 § 1 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exclusion de toutes autres prothèses.

SOINS AMBULATOIRES

Soins de santé donnés en dehors d'une hospitalisation.

SOINS PALLIATIFS

Soins donnés à l'assuré durant la phase terminale d'une maladie grave couverte, au pronostic fatal à brève échéance.

ARTICLE 2 : Objet de l'assurance

La société garantit, dans les limites des Conditions générales et particulières :

- le remboursement de frais médicaux et de frais de séjour, en cas d'hospitalisation à but diagnostique, curatif ou palliatif suite à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement. L'accouchement à domicile est assimilé à un accouchement en milieu hospitalier. La société garantit également le remboursement des frais d'hospitalisation consécutifs aux tests préventifs de la mort subite des nourrissons;
- le remboursement des frais de soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation;
- le remboursement des frais de soins ambulatoires en cas de maladies graves couvertes.

ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle ou son domicile en

Belgique et qu'il soit couvert par le système belge de sécurité sociale en matière d'assurance des soins de santé. Toutefois, en cas d'hospitalisation à l'étranger, les garanties ne sont accordées que si l'hospitalisation présente un caractère urgent et imprévisible ou si l'assuré a obtenu l'accord préalable du médecin-conseil de la société.

ARTICLE 3 : Délai d'attente

Le délai d'attente est de 3 mois. Il est supprimé pour :

- a) les accidents;
- b) les maladies infectieuses suivantes : charbon, choléra, coqueluche, diphtérie, dysenterie, encéphalite, fièvre récurrente, fièvre typhoïde et paratyphoïde, méningite cérébro-spinale, oreillons, varicelle, paludisme, poliomyélite, rougeole, rubéole, scarlatine, variole, typhus exanthématique;
- c) le conjoint d'une personne assurée depuis 3 mois au moins, à la date du mariage, pour autant que l'assurance soit conclue dans les 60 jours qui suivent la date du mariage et que les garanties ne soient pas plus larges que celles de la personne déjà assurée;
- d) les nouveau-nés d'un parent ayant accompli le délai d'attente, pour autant que l'assurance soit conclue dans les 60 jours suivant la date de la naissance et que les garanties ne soient pas plus larges que celles du père ou de la mère.

Le délai d'attente est également applicable aux augmentations de garanties demandées par le preneur.

ARTICLE 4 : Limites de l'assurance

Le plafond de l'intervention de la société est fixé à 1.250.000 EURO indexable par année d'assurance et par assuré.

A. Sont exclus de l'assurance, les frais consécutifs à :

- 1) un état existant à la date de souscription au contrat ou survenu pendant le délai d'attente, y compris une grossesse ou un accouchement, et leurs conséquences. L'exclusion ne s'applique toutefois pas dans les cas repris à l'article 3 survenus après la souscription;
- 2) l'accident ou la maladie qui est la conséquence de la pratique d'un sport quelconque pour lequel l'assuré perçoit des rémunérations ou des indemnités soumises à des retenues de sécurité sociale;

3) l'accident ou la maladie, ainsi que leurs conséquences, résultant :

a) d'une guerre, guerre civile ou par des faits de même nature en qualité de civil ou de militaire. Les actes de terrorisme, au sens de la loi du 1er avril 2007, sont toutefois couverts.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique restent néanmoins exclus dans tous les cas;

b) de tout fait, ou succession de faits de même origine, provenant ou résultant des propriétés des produits radioactifs et/ou de toute source de radiations ionisantes, excepté un traitement non expérimental médicalement prescrit;

c) d'une faute lourde de l'assuré définie comme suit :

1) participation volontaire de l'assuré à des émeutes ou à tous actes de violence collectifs, sauf :

- s'il n'y a pris part qu'en qualité de membre des forces chargées du maintien de l'ordre,
- s'il se trouve dans un cas de légitime défense,
- si en cas de grèves, de manifestations ou initiatives syndicales similaires, l'assuré n'a pas pris une part active aux actes de violence;

2) participation volontaire à un crime ou à un délit, à des rixes, paris ou défis;

3) tout fait intentionnel de l'assuré, effectué dans le but de nuire à son intégrité physique ainsi que tout acte téméraire ou notoirement périlleux. Par acte téméraire ou notoirement périlleux, il faut entendre l'acte commis volontairement et sciemment qui expose l'assuré à un danger dont il aurait dû avoir conscience;

La garantie reste toutefois acquise à l'assuré agissant dans le cadre d'un sauvetage de personnes ou de biens;

4) tentative de suicide;

5) ivresse, intoxication alcoolique, alcoolisme, toxicomanie ou usage non thérapeutique de médicaments, stimulants, drogues, stupéfiants ou de substances hallucinogènes;

4) des soins et traitements relatifs à une anomalie ou à un défaut corporel

connu de l'assuré et existant avant la date de son acceptation à l'assurance, même si l'anomalie ou le défaut corporel n'avait nécessité aucun traitement auparavant;

5) des soins et traitements esthétiques et leurs suites, sauf si ceux-ci résultent d'une maladie ou d'un accident pour lequel la société intervient;

6) des soins et traitements qui ne tendent pas directement à faire disparaître les affections, en ce compris également les cures, produits cosmétiques, hygiéniques, alimentaires ou fortifiants, boissons, etc;

7) des soins et traitements relatifs à une maladie ou à des lésions qui ne sont pas médicalement contrôlables;

8) des soins et traitements relatifs à une maladie ou à des lésions ne présentant pas de symptômes physiques et objectifs rendant le diagnostic indiscutable;

9) l'entretien, la garde et l'assistance de l'assuré;

10) des soins et traitements prestés lorsque l'assuré est interné ou colloqué;

11) des soins et traitements expérimentaux, ou non officiellement reconnus par la science médicale belge;

12) des soins et traitements maxillaires ou dentaires, excepté :

a) ceux résultant d'un accident ou d'une maladie pour lequel la société a accordé sa garantie;

b) les extractions des dents de sagesse;

13) une maladie qui existait, et s'était manifestée avant la date de souscription au contrat ou pendant le délai d'attente ainsi que les conséquences de cette maladie.

La garantie est toutefois acquise lorsque les premiers symptômes de la maladie, ainsi que les traitements qui en découlent, ont lieu après le début de la garantie ou lorsque la maladie n'a pas été diagnostiquée dans les deux ans qui suivent la souscription au contrat;

14) un accident survenu avant la date de souscription au contrat ainsi que les conséquences de cet accident;

15) des vaccinations, stérilisation, traitements contraceptifs, traitements de l'impuissance et traitements transsexuels, insémination artificielle ou fertilisation y compris in vitro, traitements contre la

stérilité ou recherche de ses causes, et ce, quel que soit le nombre de traitements réalisés depuis la souscription au contrat;

16) des traitements psychothérapeutiques, psychosomatiques et psychiatriques de toutes natures (en ce compris les traitements des dépressions, du surmenage, du stress etc.);

17) des interventions, médicalement nécessaires :

- sur le septum nasal;
- modifiant la forme ou le volume des seins;
- modifiant le poids, la forme ou le volume corporel;

ainsi que les suites et/ou conséquences de ces interventions.

B. Bénéficiaire d'interventions limitées, les frais consécutifs à :

1) des soins palliatifs dans un établissement hospitalier. Ces frais ne sont couverts que durant un maximum de 90 jours consécutifs ou non s'étalant sur toute la durée de cours du contrat ou des contrats ultérieurs de même nature souscrits auprès de la société;

2) des prothèses reprises à l'article 29 § 1 sections G et J de la nomenclature des prestations de santé. Dans ces cas, les frais sont couverts à concurrence de maximum 7.200 EURO indexable s'étalant sur toute la durée de cours du contrat ou des contrats ultérieurs de même nature souscrits auprès de la société.

C. Accidents ou maladies liés à un acte de terrorisme.

En application de l'article 8 de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, les interventions consécutives à des actes de terrorisme pourraient être limitées conformément aux dispositions arrêtées par arrêté royal si la société adhère à la personne morale définie à l'article 4 de cette même loi.

ARTICLE 5 : Subrogation

Lorsque la société intervient ou est tenue d'intervenir dans le cadre du présent contrat, elle est substituée à l'assuré dans tous les droits et actions de celui-ci contre les tiers responsables du dommage et les prestataires de soins, dans la limite de l'intervention de la société. Dès lors, l'assuré ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de la société.

ARTICLE 6 : Formalités médicales

Lors de la souscription de l'assurance, chaque assuré est tenu de compléter et signer un formulaire "questionnaire de santé" qui sera soumis au médecin-conseil de la société.

Cette formalité sera toutefois supprimée pour les nouveau-nés, pour autant que le père ou la mère soit assuré, depuis plus de 12 mois au moins, à la date de la naissance, que l'assurance soit conclue endéans les 60 jours suivants et que les garanties ne soient pas plus larges que celles du père ou de la mère.

ARTICLE 7 : Déclaration de sinistre

1) Il y a lieu de faire parvenir au plus tôt à la société, pour tout événement pouvant donner lieu à prestations, une déclaration de sinistre établie sur les formulaires fournis par celle-ci.

2) Le preneur et l'assuré sont tenus de prendre toutes les mesures nécessaires :

- à la fourniture de toute information relative aux dommages et à leurs suites;
- permettant aux délégués de la société de s'informer auprès d'eux;
- autorisant les médecins de la société à examiner l'assuré;
- pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

A cet effet, l'assuré mettra tout en oeuvre pour que parvienne à la société les certificats médicaux dont elle estimerait avoir besoin.

3) Les pièces justificatives de dépenses pouvant donner lieu à remboursement doivent être présentées à la société au plus tard 3 ans après la date de leur rédaction. Passé ce délai, elles ne seront plus prises en considération et aucun remboursement ne sera accordé pour les dépenses en question.

Par pièces justificatives, on entend :

- les originaux des factures,
- les photocopies des attestations de soins donnés,
- le décompte correspondant aux interventions légales délivré par la mutualité,
- les reçus détaillés de pharmacie.

Sur ces pièces doivent figurer :

- l'identité de l'assuré,
- le détail des prestations et leur coût, avec le(s) numéro(s) de code INAMI,

- la date de chaque prestation,
- l'identité du prescripteur ou du prestataire.

Pour le paiement des prestations, la société se réserve le droit de réclamer des pièces justificatives de dépenses traduites, si elles ont été émises dans une langue étrangère aux trois langues nationales ou à l'anglais. Les pièces justificatives de dépenses deviennent la propriété de la société dès leur réception par celle-ci.

4) A la demande de la société, l'assuré fournira :

- les documents probants établissant les revenus du ménage et les interventions éventuelles consécutives à la loi sur le maximum à facturer pour les années que la société désignera;
- une attestation, émanant de la mutualité de l'assuré, reprenant la situation des dépenses de l'exercice déjà prises en compte pour l'application du plafonnement prévu par la loi sur le maximum à facturer;
- la preuve du paiement au prestataire des factures dont le remboursement est demandé.

ARTICLE 8 : Modalités de remboursement

Le remboursement se calcule comme suit :

- du montant des frais exposés qui tombent sous la garantie du présent contrat sont déduites les interventions légales et/ou extralégales;
- le solde est remboursé, sous déduction de la franchise éventuelle, par la société jusqu'à concurrence des plafonds fixés aux présentes Conditions générales ainsi qu'aux Conditions particulières.

Le remboursement s'effectue à raison d'un minimum de 250 EURO indexable, sauf s'il s'agit du solde définitif. Les remboursements se font en euro.

Les prestations facturées dans une autre devise sont prises en considération sur la base du cours moyen officiel de cette devise au jour de la facturation. Le remboursement s'effectue, sauf convention spéciale, au preneur.

A la demande expresse du preneur, et moyennant accord de la société, des avances et/ou la facture d'hospitalisation pourront être réglées directement à l'établissement hospitalier notamment si le total de celle-ci n'excède pas le total remboursable au preneur (remboursement éventuel des soins

ambulatoires y compris). Le solde éventuel est remboursé au preneur. Dans l'hypothèse où le remboursement de la société s'avérerait plus important que les prestations dues en vertu du présent contrat, l'excédent serait dû à la société.

Le preneur a l'obligation de le reverser dans les 30 jours qui suivent la demande de la société.

A défaut, la société peut suspendre tout paiement de prestations à l'égard de l'assuré jusqu'à complet remboursement.

ARTICLE 9 : Expertise

Toute contestation médicale est soumise à deux experts médecins, l'un nommé par l'assuré et l'autre par la société.

En cas de désaccord entre les experts médecins, ceux-ci s'adjoindront un troisième expert, qui décidera souverainement.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de première instance du siège social de la société à la demande de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son expert. Les honoraires et frais du troisième expert, les frais de sa désignation ainsi que les frais d'examens complémentaires sont partagés par moitié.

Les experts sont dispensés de toutes formalités judiciaires.

Les conclusions des deux médecins experts ou du troisième expert lient irrévocablement les parties.

ARTICLE 10 : Sanctions

1) Omission ou inexactitude intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la société en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où la société a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

2) Omission ou inexactitude non intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la société propose dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de

l'omission ou de l'inexactitude.

Si la société apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la société peut résilier le contrat dans les quinze jours.

La société ne pourra toutefois pas résilier le contrat lorsque l'omission ou l'inexactitude non intentionnelles se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant le début du contrat et dont la maladie ou l'affection n'a pas été diagnostiquée dans les deux ans suivant le début du contrat.

La société ne pourra en aucun cas invoquer l'omission ou l'inexactitude non intentionnelles dans la déclaration pour une maladie ou affection qui ne s'était jamais manifestée à ce moment.

3. Cas de versements indus

La société a le droit de réclamer le remboursement des prestations payées indûment et des frais exposés.

En outre, lorsque le preneur ou les assurés commet(tent) une fraude ou une tentative de fraude en vue d'obtenir des prestations indues ou s'ils refusent de restituer à la société des prestations indues dont ils auraient déjà bénéficié, et sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire éventuelle, la société :

- a le droit de résilier le contrat;
- n'est tenue à aucune prestation jusqu'à complet remboursement.

4. Déchéance du bénéfice du contrat

En cas de manquement du preneur ou des assurés aux obligations du présent contrat, la société n'est également tenue à aucune prestation.

Cet alinéa n'est cependant pas d'application si le preneur ou les assurés donne(nt) la preuve que ce manquement est dû à un cas de force majeure ou n'a causé aucun préjudice à la société.

ARTICLE 11 : Prise d'effet du contrat et de la garantie

Le contrat prend effet, au plus tôt, à la date indiquée aux Conditions Particulières, mais pas avant le paiement de la première prime.

Le paiement de la première prime équivaut à l'acceptation des conditions du contrat par le preneur.

La garantie prend effet, pour un assuré, au plus tôt après réception, par la société, des formulaires 'proposition d'assurance' et 'questionnaire de santé' dûment complétés et signés ainsi qu'après paiement de la première prime pour cet assuré.

La société n'est tenue à aucune prestation suite à un sinistre survenu avant la prise d'effet du contrat ou de la garantie.

Si, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet indiquée aux Conditions particulières, la première prime n'a pas été payée, le contrat sera considéré comme non avvenu.

ARTICLE 12 : Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée.

Le preneur peut résilier le contrat à la fin de chaque année d'assurance, moyennant un préavis de 3 mois signifié à la société par l'envoi d'une lettre recommandée déposée à la poste.

Les obligations de la société prennent fin et le bénéfice des garanties cesse en cas de :

- a) décès du preneur;
- b) transfert de domicile ou de résidence habituelle du preneur hors de Belgique;
- c) suppression du bénéfice de l'assurance soins de santé légale belge;
- d) résiliation du contrat par la société ou le preneur, autorisée par les présentes Conditions générales.

Toutefois, lorsque le preneur décède, ou lorsqu'il transfère son domicile ou sa résidence habituelle hors de Belgique, les assurés survivants ou ayant encore leur domicile ou leur résidence habituelle en Belgique, ont le droit de continuer le contrat pour autant qu'ils désignent, dans les 2 mois, un autre preneur.

Le bénéfice des garanties n'est plus acquis à l'assuré dès son décès ou dès le transfert de son domicile ou de sa

résidence habituelle hors de Belgique ou dès qu'il n'est plus soumis au système de l'assurance soins de santé légale belge.

Pour l'assuré dont le bénéfice des garanties cesse, les interventions sont limitées aux frais exposés suite à une hospitalisation survenue avant la date de cessation du bénéfice des garanties, pour les prestations prévues aux points I et II de l'article 18 B des Conditions générales (garantie de base «hospitalisation» et garantie complémentaire soins ambulatoires « Pré- et post-hospitalisation »).

En ce qui concerne la 'Garantie complémentaire soins ambulatoires « Maladies graves »' prévue au point III de l'article 18 B des Conditions générales, les interventions seront limitées aux frais exposés jusqu'à la date de cessation du bénéfice des garanties.

ARTICLE 13 : Paiement des primes

La prime est majorée de la taxe sur les opérations d'assurance et des autres impositions ou cotisations sociales légales établies sur son montant.

La prime, comme indiquée ci-dessus, est payable par anticipation et suivant la périodicité prévue dans les Conditions particulières.

La prime est quérable.

L'invitation à payer équivaut à la présentation de la quittance à domicile.

La prime est versée totalement par le preneur d'assurance pour l'ensemble des assurés et est mise en compte pour chaque assuré, à dater du premier jour du mois d'assurance au cours duquel son affiliation a lieu.

La prime est déterminée à l'âge de l'assuré à la souscription du contrat. Toutefois, lorsqu'un assuré atteint l'âge de 18 ans, la prime est adaptée à son nouvel âge à l'échéance annuelle du contrat.

La prime est indexable suivant les modalités reprises à la rubrique 'indexation'.

ARTICLE 14 : Non-paiement des primes

A défaut de paiement de la prime ou d'une partie de la prime en cours de contrat, la société adresse au preneur une lettre recommandée lui octroyant un délai de 15 jours pour s'acquitter.

Par la seule expiration de ce délai, la garantie se trouve suspendue de plein droit. Elle ne reprend ses effets qu'à l'expiration d'un nouveau délai d'attente de 3 mois débutant le lendemain du paiement intégral du principal et des frais.

A défaut pour le preneur de s'acquitter dans les délais, la société se réserve le droit de procéder à la résiliation du contrat à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du 1er jour de la suspension.

En cas de suspension des garanties pour non-paiement de prime, la société n'est tenue à aucune prestation pour les sinistres survenus pendant la période de suspension. Les primes échues pendant la période de suspension de la garantie restent dues à la société à titre de dommages et intérêts. Le droit de la société est toutefois limité aux primes d'assurance afférentes à deux années consécutives.

ARTICLE 15 : Modifications tarifaires et contractuelles

A la demande du preneur et avec l'accord réciproque des parties, la société peut modifier les bases techniques de la prime et de la couverture, dans l'intérêt du preneur.

Dans les limites posées par la législation, la société se réserve la faculté de modifier la prime et/ou les Conditions générales et particulières du contrat, notamment en cas de modification, dans le chef de l'assuré, de la profession ou du statut dans le système de sécurité sociale.

Hormis ces derniers cas, lorsque la société use de cette faculté, elle peut appliquer les nouvelles conditions dès l'échéance annuelle suivante. Soit elle notifie cette modification au preneur, 120 jours au moins avant cette date d'échéance, soit dans les 90 jours suivant la réception de cette notification, le preneur peut résilier le contrat. Passé ces délais, les nouvelles conditions sont considérées comme agréées.

ARTICLE 16 : Changement d'adresse

Pour être valables, les communications et notifications destinées à la société doivent être faites à son siège social. Celles destinées au preneur sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci au contrat.

Le preneur est tenu d'aviser la société de tout changement d'adresse de domicile et de résidence dans les 30 jours de la modification. En cas d'absence de déclaration à la société de ce changement, toute notification sera valablement faite au dernier domicile connu de la société et, si, suite à ce changement d'adresse, le preneur n'est plus dans les conditions pour bénéficier des réductions de primes liées au lieu de résidence, les prestations de la société seront diminuées proportionnellement à cette réduction pour les soins prodigués

et les frais liés aux sinistres survenus entre le moment du changement d'adresse et le jour de la déclaration de ce changement à la société.

Dans le cas où le preneur n'est plus dans les conditions pour bénéficier des réductions de primes liées au lieu de résidence, ces réductions sont supprimées au 1er du mois qui suit la notification du changement d'adresse.

ARTICLE 17 : Loi applicable - plaintes

La loi belge est applicable au présent contrat.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée au service de médiation de la société ou au Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs 35 à B-1000 Bruxelles.

II OBJET DE LA GARANTIE

ARTICLE 18

A. Limites d'interventions :

1. La société s'engage à rembourser, dans les limites prévues dans les Conditions générales et particulières, les frais encourus par l'assuré en cas :

- d'hospitalisation;
- de soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation;
- de maladies graves couvertes.

L'assurance intervient dans les frais, pour lesquels une intervention légale belge est prévue, pour la partie qui reste à charge de l'assuré après déduction de l'intervention légale et dans les limites des montants réglementaires maximum légalement prévus par les établissements hospitaliers.

Le remboursement est de toute façon limité à trois fois l'intervention légale belge par prestation.

2. Lorsque l'intervention légale prévue n'est pas payée car l'assuré n'est administrativement pas en ordre avec l'assurance soins de santé légale belge, la société paiera les prestations dans les limites précisées au point 1. ci-avant mais sous déduction d'une intervention légale fictive.

3. Lorsqu'une intervention extralégale qui serait due en l'absence d'effet du présent contrat n'est pas ou pas encore payée, la société interviendra dans les limites précisées au point 1. ci-avant en tenant compte fictivement de cette intervention.

B. Le remboursement concerne :

I. Garantie de base : Hospitalisation

1. les frais de séjour dans un établissement hospitalier;
2. en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 15 ans, les frais de séjour du père ou de la mère, ou de toute autre personne moyennant l'accord préalable de la société, dans le même établissement hospitalier que celui de l'enfant hospitalisé;
3. les frais liés au donneur d'organe dans le cas où le traitement médical de l'assuré l'exige.

Les frais de séjour du donneur sont remboursés à condition que celui-ci se fasse volontairement et consciemment hospitaliser dans le but du don d'organe;

4. les frais des prestations médicales :

- honoraires de médecins;
- examens, analyses et traitements;
- interventions chirurgicales et frais connexes (assistance, narcose, salle d'opérations);

Seuls les frais repris sur la facture d'hospitalisation ou réclamés via le service de perception central de l'établissement hospitalier sont pris en compte.

5. les frais des prestations paramédicales prescrites par un médecin (par exemple : kinésithérapie, physiothérapie, massage, revalidation etc.);

Seuls les frais repris sur la facture d'hospitalisation ou réclamés via le service de perception central de l'établissement hospitalier sont pris en compte.

6. les frais de médicaments allopathiques et homéopathiques ainsi que les pansements prescrits par un médecin;
7. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin;
8. les prothèses médicales et les appareils orthopédiques prescrits par un médecin;
9. le matériel endoscopique, de synthèse, de viscérosynthèse et les implants prescrits par un médecin;

Les frais dûment établis repris aux points B.7, B.8 et B.9 ci-dessus sont couverts à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien.

10. les frais de transport urgent par ambulance ou par hélicoptère si le transport est justifié par l'état de santé de l'assuré, jusqu'à concurrence de 125 EURO indexable par an et par assuré (même s'il n'y a pas d'intervention légale).

Les frais de rapatriement sont toutefois exclus

Seuls les frais en relation directe avec la cause de l'hospitalisation sont pris en compte.

II. Garantie complémentaire : "soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation".

11. les frais de soins ambulatoires en relation directe avec la cause d'une hospitalisation couverte, occasionnés pendant le mois qui précède immédiatement celle-ci et les trois qui suivent la sortie de l'établissement hospitalier.

Le remboursement est indemnitaire, et comprend :

1. les prestations de médecins lors d'une visite ou d'une consultation, en ce compris les examens, analyses et traitements, les piqûres et la petite chirurgie;
2. les prestations paramédicales prescrites par un médecin et effectuées par un(e) infirmier(e), un(e) kinésithérapeute, un(e) physiothérapeute, un(e) logopède reconnu par le Ministre de la Santé Publique;
3. les médicaments et pansements fournis par un pharmacien et prescrits par un médecin;
4. les frais des adjuvants médicaux, prothèses et appareils orthopédiques prescrits par un médecin.

Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien.

Les frais de transport ne sont pas couverts dans le cadre de cette garantie.

III. Garantie complémentaire : "soins ambulatoires maladies graves".

12. lorsqu'un assuré est atteint d'une des maladies graves couvertes, la garantie complémentaire prévoit le remboursement des frais en relation directe avec la maladie grave et plus particulièrement :

1. des prestations de médecins lors d'une visite ou d'une consultation, en ce compris les examens, analyses et traitements, les piqûres et la petite chirurgie;
2. des prestations paramédicales prescrites par un médecin et effectuées par un(e) infirmier(e), un(e) kinésithérapeute, un(e) physiothérapeute, un(e) logopède reconnu par le Ministre de la Santé Publique;
3. des médicaments et pansements fournis par un pharmacien et prescrits par un médecin;

4. des frais des adjuvants médicaux, prothèses et appareils orthopédiques prescrits par un médecin;

Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien;

5. de la location de matériel médical prescrit par un médecin.

Les frais de transport ne sont pas couverts dans le cadre de cette garantie.