



# Ideal P&V Hospi

## *Continuation individuelle*

Conditions générales - PV 001 - 0247/01-2026



## Table des matières

<b>Partie I Généralités.....</b>	<b>3</b>
Article 1 – Définitions .....	3
Article 2 – Objet de l'assurance .....	6
Article 3 – Délai d'attente .....	7
Article 4 – Limites de l'assurance .....	7
Article 5 – Subrogation .....	10
Article 6 – Formalités médicales .....	10
Article 7 – Déclaration de sinistre .....	10
Article 8 – Modalités de remboursement .....	11
Article 9 – Expertise .....	11
Article 10 – Sanctions .....	12
Article 11 – Prise d'effet du contrat et de la garantie .....	12
Article 12 – Durée du contrat .....	13
Article 13 – Paiement des primes .....	13
Article 14 – Non-paiement des primes .....	13
Article 15 – Modifications tarifaires et contractuelles.....	14
Article 16 – Changement d'adresse .....	14
Article 17 – Loi applicable - plaintes .....	14
<b>Partie 2 Objet de la garantie .....</b>	<b>15</b>
Article 18 .....	15
<b>Dispositions légales.....</b>	<b>18</b>



# Ideal P&V Hospi (Continuation individuelle)

---

## PARTIE I - Généralités

---

### Article I - 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*.

#### DELAI 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.

#### 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.



## HOPITAL

Tout établissement public ou privé, légalement reconnu comme hôpital.

Ne sont pas considérés comme hôpitaux :

- les hôpitaux ou parties d'hôpitaux titulaires de l'agrération spéciale comme maison de repos et de soins ;
- les maisons de soins psychiatriques ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements destinés aux cures, telles que cures de thermalisme, de thalassothérapie, d'hygiéno-diététique ou de désintoxication alcoolique ou médicamenteuse ;
- les maisons de repos ou autres établissements destinés à l'hébergement des personnes âgées, des convalescents ou des enfants ;
- les habitations protégées.

## HOSPITALISATION

Tout séjour médicalement nécessaire, prescrit par un médecin, dans un *hôpital* 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 (les groupes 1 à 7 inclus), qu'un maxi-forfait ou que la prestation 'soins urgents ou perfusion intraveineuse' (anciennement mini-forfait) soit porté en compte.

## 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.

## INDEXATION

L'*indexation* a lieu sur la base d'un éventuel indice représentatif de l'évolution de coûts admis par la législation en vigueur au moment de l'*indexation* et sur la base de l'évolution de l'indice de prix à la consommation (indice de base en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Si l'échéance de la *prime* annuelle se situe dans le second semestre, le rapport entre l'indice du mois de décembre de la dernière année écoulée et celle qui la précède est calculé pour chacun des 2 indices.

La *prime*, les *franchises* et montants de prestations déclarés 'indexables', sont indexés en les multipliant par le plus grand de ces 2 rapports à la condition que celui-ci soit supérieur à l'unité.

Si l'échéance de la *prime* annuelle se situe dans le premier semestre de l'année, le rapport entre l'indice du mois de décembre de l'avant dernière année écoulée et celle qui la précède est calculé pour chacun des 2 indices.

La *prime*, les *franchises* et montants de prestations déclarés 'indexables', sont indexés en les multipliant par le plus grand de ces 2 rapports à la condition que celui-ci soit supérieur à l'unité.

## INTERVENTION EXTRALEGALE

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

P&V Assurances sc, établie en Belgique, 1210 BRUXELLES, Rue Royale 151.

## MALADIE

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé physique ou mentale de l'assuré présentant des symptômes objectifs qui en 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, colite ulcéreuse, fièvre jaune, Ebola, paludisme, dystrophie musculaire progressive, typhus à taches, fièvre du Nil occidental.

## 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, 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.

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 § I 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 § I 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. L'intervention de la *société* est limitée à une période d'*hospitalisation* de 12 mois maximum.

---

## 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 enfants nouveau-nés du *preneur* pour autant que l'un des parents ait accompli le *délai d'attente* et 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 1<sup>er</sup> 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) 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) les procédures de transplantation qui ont eu lieu dans des circonstances impliquant des crimes liés à la transplantation, y compris, mais sans s'y limiter, le trafic illicite d'organes et le don forcé d'organes ;
- 13) 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 ;
- 14) 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 ;
- 15) un *accident* survenu avant la date de souscription au contrat ainsi que les conséquences de cet accident.

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

- 1) 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* ;
- 2) un *accident* survenu avant la date de souscription au contrat ainsi que les conséquences de cet *accident* ;

Dans les cas prévus aux points 1) et 2) ci-dessus, seule une indemnité forfaitaire de 8 euro indexable par journée d'hospitalisation est payée pendant une durée maximale de 90 jours consécutifs ou non s'étalant sur toute la durée du contrat ou des contrats ultérieurs de même nature souscrits auprès de la société lorsque cette maladie ou cet accident sont mentionnés sur le formulaire 'questionnaire de santé'.

- 3) des vaccination, stérilisation, traitement contraceptif, traitement de l'impuissance et traitement transsexuel, insémination artificielle ou fertilisation y compris in vitro, traitement contre la stérilité ou recherche de ses causes, et ce, quel que soit le nombre de traitements réalisés depuis la souscription du contrat ;





- 4) la pose de *prothèse* ou d'*implant* dentaire consécutive à un *accident*, à une intervention de chirurgie cardiaque ou à une *maladie grave* ayant nécessité l'extraction de dents ;

L'ensemble des frais liés aux cas repris aux points 1 à 4 ci-dessus ne pourra jamais dépasser la somme de 720 euro indexable par assuré s'étalant sur toute la durée du contrat ou des contrats ultérieurs de même nature souscrits auprès de la société.

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

Dans ces cas, seuls les frais d'*hospitalisation* sont couverts pendant une durée de maximum 2 années consécutives ou non s'étalant sur toute la durée de cours du contrat ou des contrats ultérieurs de même nature souscrits auprès de la société

Les frais relatifs aux *hospitalisations*, ainsi que les suites et/ou conséquences de ces *hospitalisations*, reprises aux points 1 à 5 ne seront pris en charge, dans les limites prévues ci-dessus, que si l'assurance est en cours depuis au moins 2 ans pour l'*assuré* hospitalisé.

- 6) 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, et ce, sans déroger à l'article 4.A des présentes Conditions générales.

Dans ces cas, les frais ne sont pris en charge que si l'assurance est en cours depuis au moins 5 ans pour l'*assuré* hospitalisé ;

- 7) 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.**

Par terrorisme, l'on entend : une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

La société couvre les dommages causés par le terrorisme. La société est membre à cette fin de l'ASBL TRIP . Conformément à la loi du 3 mai 2024 relative l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des assureurs membres de l'ASBL est, en cas d'acte de terrorisme reconnu par arrêté royal, limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme actes de terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

### **Régime de paiement**

Conformément à la loi susmentionnée du 3 mai 2024, l'acte de terrorisme est reconnu comme tel par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres après avis de l'OCAM et du parquet fédéral. Le Comité de règlement des sinistres détermine, endéans les quatorze jours qui suivent la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal qui reconnaît l'acte comme terroriste, si les plafonds relatifs provisoires et absolus dont question à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 pourraient être atteints dans le cadre de l'indemnisation des dommages. Il fixe dans le même délai, conformément à l'article 15 de ladite loi, le pourcentage de



l'indemnisation que les assureurs membres de l'ASBL TRIP doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée ne peut prétendre, envers la société, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La société paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la société a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Lorsque le Comité constate que les montants cités à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 ne suffisent pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages corporels sont indemnisés en priorité.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de la société, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

---

#### 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 enfants nouveau-nés du preneur, 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 œuvre 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'hôpital 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 ou mettre fin à l'affiliation dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le *preneur* ou l'*assuré* 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 ou mettre fin à l'affiliation dans les quinze jours.

La société ne pourra toutefois pas résilier le contrat ou mettre fin à l'affiliation 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 avenu.

---

## 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* 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 que 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> du mois qui suit la notification du changement d'adresse.

---

## Article 17 – Loi applicable - plaintes

---

La loi belge est applicable à la présente *convention*.

Pour toute plainte relative à cette *convention*, le *preneur* d'assurances peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des plaintes de P&V,  
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél : 02/250.90.60, E-mail : [plainte@pv.be](mailto:plainte@pv.be)
- En appel : à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, [www.ombudsman-insurance.be](http://www.ombudsman-insurance.be).

Une telle plainte n'exclut pas la possibilité d'entamer une procédure judiciaire.

## PARTIE 2 – 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 hôpitaux.

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.
4. Lorsque les frais facturés ne font pas l'objet d'une *intervention légale*, l'intervention de la société est accordée à concurrence de :

#### **Garantie de base**

- 100 % des frais de médicaments et des frais repris aux points B.10 et B.11 ci-dessous ;
- 50 % des autres frais repris aux points B.1 à B.5 et B. 7 à B.9 ci-dessous, restant à charge de l'assuré.

Toutefois, si l'hospitalisation a lieu en chambre commune ou en chambre à deux lits, sans suppléments d'honoraires, les frais, autres que ceux d'honoraires, sont remboursés à 100 %.

#### **Garanties complémentaires**

- 100 % des frais de médicaments ;
- 50 % des autres frais indemnifiables.

#### B. Le remboursement concerne :

##### **I Garantie de base : Hospitalisation**

1. les frais de séjour dans un hôpital ;
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 hôpital 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'hôpital sont pris en compte.**

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

**Seuls les frais repris sur la facture d'hospitalisation ou réclamés via le service de perception central de l'hôpital 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, (même s'il n'y a pas d'intervention légale).  
Les frais de rapatriement sont toutefois exclus.

11. les frais de morgue facturés par l'hôpital en cas de décès de l'assuré dans cet hôpital.

**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".**

12. les frais de *soins ambulatoires* en relation directe avec la cause d'une *hospitalisation* couverte, occasionnés pendant les **deux mois** qui précèdent immédiatement celle-ci et les **six mois** qui suivent la sortie de l'hôpital.

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".**

13. 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.



## **DISPOSITIONS LÉGALES**

### **Règlement général sur la protection des données**

La compagnie d'assurances s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la société ou sur le site [www.pv.be/privacy](http://www.pv.be/privacy).

### **Datassur**

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du groupe d'intérêt économique Datassur, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

Le *preneur* donne par la présente son consentement à la communication par l'entreprise d'assurances P&V Assurances sc au GIE Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit de s'adresser à Datassur afin de vérifier les données la concernant et d'en obtenir, le cas échéant, la rectification. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, service fichiers, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.