

HOSPIMAX PLUS

Article 1

DÉFINITIONS

Pour permettre une meilleure compréhension des présentes conditions générales, les notions définies dans le présent article apparaîtront dans le texte en caractères italiques.

1. Contrat d'assurance individuel

Le contrat se compose des présentes conditions générales, des conditions particulières y afférentes obligatoirement et des avenants éventuels. *L'assureur* et le *preneur d'assurance* doivent signer les conditions particulières et les avenants.

2. L'assureur ("nous")

Les AP est une marque et nom commercial de Belins SA, entreprise d'assurances agréée par la Banque Nationale de Belgique dont le siège est situé Berlaumont 14 1000 Bruxelles, sous le code 0037, sise à B-1210 Bruxelles, Place Charles Rogier 11, A.R. 4 et 13 juillet 1979 (M.B. 14 juillet 1979), A.R. 24 janvier 1991 (M.B. 22 mars 1991), A.R. 30 mars 1993 (M.B. 7 mai 1993) et A.R. 21 novembre 1995 (M.B. 8 décembre 1995).

3. Le preneur d'assurance ("vous")

La personne qui conclut le *contrat d'assurance individuel* et qui paie la prime.

4. Les assurés

Les personnes qui sont affiliées au présent contrat, conformément aux modalités prévues à cette fin dans les conditions particulières et qui y sont désignées comme telles. Seules les personnes précitées peuvent bénéficier des garanties du présent contrat.

5. Établissement de soins

Un établissement implanté en Belgique qui, conformément à la législation belge, est reconnu en tant qu'hôpital et qui use de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

Dans le cadre de ce contrat, ne sont toutefois pas reconnus comme établissements de soins les établissements suivants:

- les établissements psychiatriques fermés et les maisons de soins psychiatriques
- les établissements médico-pédagogiques
- les établissements destinés à des cures de désintoxication à la suite de la consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments
- les maisons de repos et établissements d'hébergement pour personnes âgées, convalescents ou enfants
- les cliniques et parties de cliniques qui ont reçu un "agrément particulier comme maison de repos et de soins".

À l'étranger, est considéré comme établissement de soins tout établissement où au moins un médecin et un(e) infirmier/infirmière diplômé(e) assurent la permanence 24 heures sur 24 et où peuvent se pratiquer des interventions chirurgicales.

6. Hospitalisation

- Un séjour médicalement requis dans un établissement de soins et pour lequel sera facturée au moins une nuitée.
- Il peut s'agir également d'une hospitalisation médicalement requise, dans un établissement de soins reconnu comme "One-Day-Clinic", et pour laquelle un forfait d'hôpital de jour du groupe 1 à 7 inclus, trois forfaits pour douleurs chroniques ou un forfait de manipulation de cathéter à chambre sont facturés.
- Dans le cadre du présent contrat, les accouchements à domicile et les accouchements polycliniques sont également considérés comme des hospitalisations.

7. Soins ambulatoires

Soins médicaux et/ou paramédicaux dispensés en dehors de la période d'*hospitalisation*.

8. Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique pouvant être constatée objectivement, causée par un événement soudain, indépendant de la personne assurée et dont la cause ou une des causes est extérieure à l'organisme de la personne assurée.

9. Maladie

Toute atteinte à l'état de santé qui n'est pas occasionnée par un *accident* et qui présente des symptômes objectifs qui en rendent le diagnostic incontestable.

10. Affection

Nom générique désignant une *maladie*, un *accident*, une grossesse et un accouchement.

11. Maladies infectieuses aiguës

Dans le cadre du présent contrat, sont considérées comme maladies infectieuses aiguës:

la rubéole, la rougeole, la varicelle, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, les oreillons, la poliomyélite, la méningite cérébrospinale, la dysenterie, la paratyphoïde, le typhus, le typhus exanthématique, le choléra, la variole, le paludisme et la fièvre récurrente. Cette liste n'est pas limitative.

HOSPIMAX PLUS

12. Maladies graves

Dans le cadre du présent contrat, sont considérées comme maladies graves:

le sida, la maladie d'Alzheimer, la sclérose latérale amyotrophique, la brucellose, le choléra, la maladie de Creutzfeldt-Jacob, la maladie de Crohn, le diabète, la diphtérie, l'encéphalite, l'hépatite virale, la maladie d'Hodgkin, le cancer, la leucémie, la maladie de Lyme, la malaria, la méningite cérébro-spinale, le charbon, la mucoviscidose, la sclérose en plaques, les affections rénales avec dialyse, la paratyphoïde, la fièvre paratyphoïde, la maladie de Parkinson, la variole, la poliomyélite, la maladie de Pompe, la dystrophie musculaire progressive, la scarlatine, le tétanos, la tuberculose, le typhus et le typhus exanthématique. Cette liste est limitative.

13. Prestations

Dans le cadre de ce contrat, on entend par prestations, les services médicaux et paramédicaux prodigués ou prescrits par un médecin et répertoriés dans la nomenclature des prestations de soins de santé de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il s'agit plus spécifiquement des consultations, examens, traitements et de la surveillance.

Les médicaments et le matériel, pour autant qu'ils soient repris dans la nomenclature des prestations des soins de santé de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont également appelés prestations dans le cadre de ce contrat. Il s'agit des:

- prothèses: membres artificiels, appareils et organes artificiels, visant à remplacer, en tout ou en partie, des membres ou des organes atteints ou affaiblis. Les prothèses peuvent être extérieures et dès lors visibles, mais également être implantées dans le corps.
- appareils orthopédiques: tout appareil visant à soutenir la fonction de membres atteints ou affaiblis
- matériel de synthèse: nom générique désignant tout matériel synthétique ou étranger à l'organisme
- Les médicaments, les bandages et le matériel médical: des produits vendus exclusivement en pharmacie, prescrits par un médecin et qui sont enregistrés comme tels par le ministère de la Santé publique.

14. Soins palliatifs

L'ensemble des soins médicaux et/ou paramédicaux pour les patients dont la *maladie* ne réagit plus aux thérapies curatives et pour qui le contrôle de la douleur et d'autres symptômes ainsi que le soutien psychologique, moral, spirituel et significatif, familial et social sont essentiels, tels que prodigués par une collaboration transversale entre les représentants d'intervenants de première ligne, d'organisations, d'institutions, d'associations et de services reconnus par les autorités compétentes.

15. Intervention légale

On entend par intervention légale, dans le cadre du présent contrat:

- pour les frais consentis en Belgique: chaque remboursement prévu par la législation belge relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour travailleurs salariés
- pour les frais consentis à l'étranger: chaque remboursement prévu par une convention conclue avec le pays concerné pour la sécurité sociale des travailleurs salariés. Si une telle convention n'existe pas, un montant égal au remboursement déterminé par la législation belge relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour travailleurs salariés

16. Facture de l'hôpital

Une facture émanant d'un établissement de soins et mentionnant le nombre de journée d'*hospitalisation* et le prix par journée ou le forfait.

17. Régime du tiers payant

En cas d'application du régime du tiers payant dans le cadre du présent contrat, la *facture de l'hôpital* est envoyée directement à l'assureur, qui la règlera directement auprès de l'établissement de soins. Par la suite, l'assureur récupérera les éventuels frais non assurés auprès de l'assuré.

18. Franchise

Partie des frais assurés qui reste à charge de l'assuré et qui est déterminée dans les conditions générales et particulières. La franchise est appliquée par assuré et par *année d'assurance*. Elle ne s'applique pas pour les accouchements à domicile, les "hospitalisations" du type "one-day-clinic" et pour la garantie complémentaire "maladies graves et soins palliatifs". Cette franchise s'applique une seule fois si plusieurs *assurés* d'un ménage sont hospitalisés ensemble à la suite d'un *accident* ou d'un accouchement.

19. Délai de carence

Le délai de carence est une période unique qui prend cours pour chaque assuré à la date d'affiliation mentionnée dans les conditions particulières. L'assureur ne rembourse pas les frais liés aux *prestations* qui débutent durant cette période. La durée du délai de carence est fixée à 3 mois. Ce délai de carence n'est toutefois pas appliqué en cas de sinistres qui résultent soit

- d'une *maladie infectieuse aiguë*
- d'un *accident* survenu après l'affiliation.

HOSPIMAX PLUS

L'assurance s'applique au nouveau-né dès la naissance sans acceptation médicale et sans délai de carence, à condition que :

- au moins un des parents était assuré chez nous depuis au moins 6 mois avant sa naissance, et ;
- si la demande écrite d'affiliation du nouveau-né est introduite dans les 60 jours qui suivent sa naissance en précisant la date exacte de la naissance, le nom et le sexe du nouveau-né.

20. Année d'assurance

La période de 12 mois à compter à partir de la date d'échéance annuelle qui est déterminée dans les conditions particulières et les avenants.

Si la date d'affiliation d'un assuré déterminé, comme indiquée dans les conditions particulières, ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle, la première année d'assurance correspond, en ce qui concerne cet assuré spécifique, au nombre de mois entre la date d'affiliation précitée et la date d'échéance annuelle.

21. Nuitée avec un parent accompagnant

La nuitée d'un parent dans la même chambre que son enfant assuré de moins de 16 ans faisant l'objet d'une *hospitalisation* garantie.

Article 2 GARANTIES

2.1 Garantie principale "Hospitalisation"

En cas d'*hospitalisation* pour cause de *maladie*, d'*accident*, de grossesse ou d'accouchement, la garantie Hospitalisation prévoit, conformément aux conditions générales et particulières de ce contrat, le remboursement des frais consentis pendant cette *hospitalisation*. Il s'agit des frais de séjour et des *prestations* nécessaires pour raison médicale.

Les frais suivants entrent également en ligne de compte pour une intervention de l'assureur :

- les frais médicalement requis d'un donneur si l'assuré reçoit un organe ou des tissus et que le donneur se fait hospitaliser délibérément et volontairement pour ce don d'organes;
- le matériel médical tel que le matériel endoscopique et le matériel de viscérosynthèse, pour autant qu'il fasse l'objet d'une *intervention légale*;
- le test de la mort subite du nourrisson;
- les *soins palliatifs*;
- les frais de transport pour autant que le transport soit effectué par un moyen de transport médicalisé et que ce transport soit justifié médicalement par l'urgence et l'état de santé de l'assuré;
- les frais de séjour d'un des parents dans la même chambre que son enfant, à condition qu'au moins un des parents soit affilié au présent contrat et que l'état de santé de l'enfant assuré nécessite l'aide ou la surveillance de l'un d'eux;

- les accouchements à domicile et les soins postnatals subséquents à la maison, les accouchements polycliniques et les soins postnatals subséquents.

2.2. Garantie complémentaire

La garantie complémentaire comprend 2 volets: le volet garantie "soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation" et le volet garantie "maladies graves et soins palliatifs". Ces 2 volets constituent un seul tout. Ils sont assurés dans le contrat sauf stipulation contraire dans les conditions particulières.

a. *soins ambulatoires* pré- et post-hospitalisation

L'assureur rembourse les frais effectivement consentis par l'assuré pour les *soins ambulatoires* suivants médicalement requis dans les deux mois qui précèdent l'*hospitalisation* couverte par l'assurance et dans les six mois qui la suivent:

- les *prestations*
- la chiropraxie, l'ostéopathie ou l'acupuncture prescrite par un médecin et pratiquée par un praticien agréé;
- les médicaments homéopathiques.

Cette garantie ne s'applique que s'il existe une relation directe entre les frais consentis et la raison de l'*hospitalisation*. Ces frais-ci s'additionnent à ceux exposés en cours d'*hospitalisation*, la *franchise* s'appliquant une seule fois à l'ensemble des frais.

Les frais de séjour et les frais de transport ne sont pas remboursés pour cette garantie complémentaire.

b. maladies graves et soins palliatifs

La garantie "maladies graves et soins palliatifs" ne requiert pas une *hospitalisation* couverte par l'assurance. Outre les frais éventuellement remboursés des garanties "hospitalisation" et "soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation", les frais suivants sont également remboursés par cette garantie complémentaire:

- les soins, examens et traitements prodigués ou prescrits par un médecin et répertoriés dans la nomenclature des prestations de soins de santé de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;
- les médicaments;
- les prothèses et appareils orthopédiques;
- la location du matériel médical nécessaire.

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

HOSPIMAX PLUS

Article 3

LE RÉGIME DU TIERS PAYANT

Nous offrons à l'assuré une carte qui donne droit au régime du tiers payant, l'AssurCard. L'AssurCard peut être utilisée pour une *hospitalisation* dans tous les hôpitaux belges affiliés au système de l'AssurCard (<https://www.assurcard.be/fr/hopitaux>).

Les conditions particulières indiquent si le *régime du tiers payant* est d'application dans le contrat. L'application ou non du régime du tiers payant en cas d'*hospitalisation* ne change rien à l'ensemble des conditions reprises dans le présent contrat.

Pour tout autre événement, en dehors d'une *hospitalisation*, pour lequel les garanties déterminées ci-dessus dans l'article 2 peuvent être invoquées, le *régime du tiers payant* ne peut pas être utilisé et le sinistre sera réglé comme mentionné dans la section de l'article 4 ci-dessous "traitement des sinistres quand le *régime du tiers payant* n'est pas d'application".

L'AssurCard est strictement personnelle et ne peut être utilisée que conformément au contrat d'assurance auquel elle est liée. Elle reste la propriété de l'assureur.

Par l'utilisation de l'AssurCard, l'assuré nous autorise à payer directement les factures à l'établissement de soins. L'assureur est subrogé dans les droits de recours de l'assuré à l'égard de l'établissement de soins en cas de discussion ou de litige concernant ce paiement.

L'utilisation de l'AssurCard peut être supprimée, sans avertissement préalable:

- en cas d'utilisation abusive de la carte
- en cas de non-paiement par l'assuré des frais non assurés à récupérer auprès de lui
- en cas de non-paiement de la prime. Pour toute information concernant l'utilisation de l'AssurCard, consultez notre site Internet

<https://www.dvv.be/fr/assurances/maladie-et-accidents/articles/assurcard.html>.

Article 4

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE?

Tout sinistre couvert par la garantie d'assurance doit nous être déclaré dans le mois.

L'assuré ou son préposé doit nous informer de tout événement pour lequel la garantie d'assurance est d'application. Cf. infra pour consulter la procédure. Si nécessaire, nous pouvons demander des informations supplémentaires.

L'assureur a le droit à tout moment de faire examiner l'exactitude des déclarations de l'assuré et/ou de son préposé et les certificats par un médecin qu'il désigne.

Les frais assurés sont remboursés après présentation:

- des notes de frais originales et, en particulier en ce qui concerne la garantie Hospitalisation la facture originale de l'hôpital
- du décompte des remboursements effectués en vertu de la législation belge relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour travailleurs salariés (cf. preuve de l'intervention de la mutuelle) et/ou du décompte des remboursements effectués en vertu des législations belges relatives aux *accidents* de travail et *maladies* professionnelles et
- de toute preuve d'intervention en vertu d'une assurance privée.

Nous devons recevoir ces justificatifs au plus tard un an après la date de la prestation. Ils restent en notre possession. Si nous le jugeons nécessaire, nous pouvons demander des justificatifs supplémentaires.

Nous avons le droit d'examiner les déclarations qui nous sont faites et les réponses à nos demandes de renseignements. L'assuré doit prendre les mesures nécessaires pour faciliter les constats que doivent faire nos délégués. Si vous ou l'assuré ne respectez pas une de ces obligations, nous pouvons réduire l'indemnité conformément au préjudice que nous avons subi. Nous pouvons refuser la couverture si les obligations n'ont pas été respectées dans une intention frauduleuse.

Traitement du sinistre avec application possible du régime du tiers payant

Avant toute *hospitalisation*, l'assuré ou son préposé nous contacte par téléphone ou il fait une déclaration auprès de nous via l'application en ligne. Les coordonnées sont mentionnées au verso de l'AssurCard. L'assuré est informé par nos soins ou par l'application en ligne sur l'application du *régime du tiers payant* pour cette *hospitalisation*.

Si le *régime du tiers payant* - pour quelque raison que ce soit - n'est pas d'application, le règlement du sinistre se fera comme décrit dans la section suivante.

Si nécessaire, nous pouvons demander des informations supplémentaires. L'assureur se réserve le droit de faire confirmer le diagnostic au moyen d'un examen et/ou d'un certificat qu'il détermine.

Si le *régime du tiers payant* est d'application, l'établissement de soins envoie la facture d'*hospitalisation* directement à l'assureur. Nous payons l'intégralité de la facture d'*hospitalisation* à l'établissement de soins et déduisons des autres interventions par la suite, en première instance, les frais non assurés mentionnés sur la facture d'*hospitalisation* et, si nécessaire, nous récupérerons le solde éventuel auprès de l'assuré.

HOSPIMAX PLUS

Traitement du sinistre lorsque le régime du tiers payant n'est pas d'application

L'assuré ou son préposé doit avertir l'assureur de toute *hospitalisation* et de tout événement pour lequel les garanties définies à l'article 2 ci-dessus peuvent être invoquées. Il doit le faire, de préférence, dans les 15 jours suivant le début de l'*hospitalisation* ou de l'événement.

À cette fin, il doit compléter le formulaire de déclaration que nous mettons à disposition. Si nécessaire, nous pouvons demander des informations supplémentaires via un formulaire destiné à cette fin, que le médecin de famille ou le médecin traitant doit compléter. L'assureur se réserve le droit de faire confirmer le diagnostic au moyen d'un examen et/ou d'un certificat qu'il détermine.

L'assureur s'engage à procéder au versement de l'indemnité, comme stipulé dans l'article 5 ci-dessous, dans les dix jours ouvrables.

Le délai susmentionné prend cours à partir du jour suivant le moment où les justificatifs transmis à l'assureur, qui n'ont pas encore donné lieu à une indemnité de la part de l'assureur, sont arrivés chez ce dernier.

Toutefois, ce délai ne commence à courir que si les conditions cumulatives mentionnées ci-après sont remplies:

- l'assuré ou son préposé a respecté ses obligations
- nous disposons des renseignements complémentaires, attestations et résultats d'examen supplémentaires demandés
- il n'existe aucun doute sur l'acceptation du sinistre.

Si nous ne respectons pas l'obligation précitée, nous paierons des intérêts de retard de 10% (sur une base annuelle) sur le versement tardif, calculés à partir du jour ouvrable qui suit le délai de 10 jours ouvrables déterminé ci-dessus. Ces intérêts s'élèveront toujours à minimum 2,50 EUR.

Le versement s'effectue en EUR. Les notes de frais en devise étrangère sont versées au cours moyen de cette devise à la date du versement.

Article 5

COMMENT L'INDEMNITÉ EST-ELLE DÉTERMINÉE?

5.1 Prestation de base

La prestation de base se calcule en déduisant successivement des frais facturés et couverts par la garantie de ce contrat:

- l'*intervention légale*, qu'il s'agisse de gros ou de petits risques, quel que soit le statut social de l'assuré. Si l'assuré ne reçoit pas cette *intervention légale* ou n'y a pas droit, pour quelque raison que ce soit, une intervention fictive égale à l'*intervention légale* est néanmoins prise en compte;
- tout remboursement en vertu des législations en matière d'*accidents* du travail et de *maladies* professionnelles;
- toute autre intervention obtenue de la mutualité ou en vertu d'une assurance ou toute autre indemnité de quelque nature que ce soit.

Pour déterminer la prestation de base pour des sinistres dans le cadre d'une admission dans un établissement de soins implanté dans la Région de Bruxelles-Capitale ou hors de Belgique,

- les honoraires facturés sont pris en compte jusqu'à maximum deux fois l'*intervention légale*
- les frais de séjour par journée d'*hospitalisation* facturée sont pris en compte jusqu'à maximum 75,00 EUR. Les frais qui dépassent ces plafonds sont déduits de la facture.

5.2 Restrictions spécifiques

La prestation de base déterminée au point 5.1 est limitée comme suit:

- a. si des honoraires ne font l'objet d'aucune *intervention légale*, ils ne seront pas remboursés et seront dès lors déduits intégralement de la prestation de base.
- b. si un médicament, une prothèse, un appareil orthopédique ou du matériel médical ne fait l'objet d'aucune *intervention légale*, nous rembourserons la moitié de l'ensemble des frais réels. Sans toutefois excéder 1.250,00 EUR pour l'ensemble de ces frais par *hospitalisation*, en ce compris les *soins ambulatoires* y afférents. Les frais qui dépassent ce plafond sont déduits de la prestation de base.
- c. Si la garantie complémentaire "soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation" doit intervenir, nous remboursons les remèdes homéopathiques à 50%, le plafond étant de 125,00 EUR par assuré et par sinistre.
- d. Si la garantie complémentaire "Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation" doit intervenir, nous remboursons tout traitement par chiropraxie, ostéopathie ou acupuncture à raison de maximum 12,50 EUR par séance, le plafond étant de 10 séances par assuré et par sinistre.
- e. Si la garantie complémentaire "maladies graves et soins palliatifs" doit intervenir, nous ne remboursons les frais de séjour dans une unité de *soins palliatifs* d'un établissement de soins non agréé qu'à raison de 75,00 EUR par journée d'*hospitalisation*.
Le total des *prestations* d'assurance dans le cadre de la garantie "maladies graves et soins palliatifs" est plafonné d'office à 5.000,00 EUR par assuré et par *année d'assurance*. La différence éventuelle sera déduite de la prestation de base.
- f. Le remboursement des traitements de la stérilité est plafonné à 250,00 EUR par assuré et par sinistre.

5.3 Total final

Le total final susceptible d'être remboursé s'obtient en déduisant la *franchise* - pour autant qu'il faille en appliquer une - du total obtenu après application des règles énoncées aux articles 5.1 et 5.2.

HOSPIMAX PLUS

En cas de sinistres résultant de *maladies* mentales ou nerveuses, nos prestations se limitent à 80% du montant final obtenu ci-dessus.

Article 6 EXCLUSIONS

Les garanties prévues dans l'article 2 ci-dessus, ne sont pas accordées pour les frais qui sont la conséquence de:

- catastrophes naturelles
- faits de guerre, émeutes, troubles civils, actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale auxquels l'assuré a participé volontairement et activement. La charge de la preuve incombe à l'assureur. Si l'assuré est surpris par un événement de guerre à l'étranger et qu'il ne participe pas activement aux hostilités, la garantie lui sera acquise pendant 14 jours après le début du conflit
- état d'ivresse, alcoolisme, intoxication alcoolique (si supérieure à 1,5 pour mille), toxicomanie
- consommation de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues, excepté si l'assuré prouve que cet usage est la conséquence d'une prescription médicale
- rixe, tentative de suicide ou acte intentionnel de votre part ou de l'assuré. Les cas de légitime défense ou tentatives de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens n'en font pas partie.
- actes téméraires
- Effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres, directs ou indirects, découlant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière, de l'accélération artificielle des particules atomiques ou des radiations de radio-isotopes, à l'exception des radiations requises à la suite d'une *hospitalisation* couverte par l'assurance;
- La pratique des sports suivants (sauf moyennant une surprime après accord préalable des AP): saut d'obstacles à cheval, alpinisme, ski acrobatique, deltaplane, spéléologie, saut à l'élastique, ski de compétition, plongée sous-marine sans brevet ou à plus de 40 mètres de profondeur, polo équestre, bobsleigh, aviation, parachutisme, chasse aux fauves et au gros gibier, boxe, lutte, catch, rodéo automobile, compétitions de vitesse, compétitions d'automobiles, de motos et de cyclomoteurs, compétitions cyclistes, compétitions équestres et hippomobiles, ainsi que tous les essais et épreuves qui les accompagnent.

L'assurance n'est pas non plus valable pour:

- les soins ou traitements purement esthétiques, excepté s'ils sont la conséquence directe d'un *accident* ou d'une *maladie* grave, couvert(e) par la garantie *Hospitalisation*
- les réductions et implants mammaires, les liposuccions ainsi que tous les traitements visant à obtenir une réduction de la masse pondérale sauf si ces derniers donnent droit à une *intervention légale* et qu'ils sont indiqués sur la base de raisons médicales qui ne sont pas de nature psychique. Ces raisons doivent être attestées par écrit par le médecin traitant.
- un séjour dans une station thermale, une maison de convalescence et de santé

- les stérilisations, traitements contraceptifs, inséminations artificielles, interruptions volontaires de grossesse et traitements de l'impuissance
- les traitements dentaires, de quelque nature que ce soit. La garantie d'assurance est acquise en cas de traitement dentaire résultant directement d'un *accident* dûment attesté et couvert par l'assurance, de même qu'en cas d'extraction dentaire, totale ou partielle, médicalement requise et pratiquée sous anesthésie générale dans un établissement de soins.

Article 7 VALIDITÉ TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier.

Article 8 DÉBUT- DURÉE - FIN

Le *contrat d'assurance individuel* prend effet à la date indiquée dans les conditions particulières, moyennant réception par nos soins de la police signée, mais au plus tôt le jour du paiement de la première prime.

La date de prise d'effet du contrat ne peut jamais être antérieure à la date à laquelle la proposition d'assurance *nous* est parvenue. Les garanties d'assurance prennent cours à la date d'effet stipulée dans les conditions particulières, au terme du *délai de carence* éventuel.

L'assurance est souscrite à vie.

Le contrat prend fin au décès du preneur d'assurance. Les autres *assurés* conservent toutefois le droit de poursuivre le contrat, à condition qu'ils désignent un autre preneur d'assurance dans les deux mois.

L'assurance prend fin pour l'assuré qui décède.

Le preneur d'assurance a la faculté de résilier l'assurance chaque année par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception, et ce au moins trois mois avant l'échéance annuelle.

Nous avons la faculté de résilier la police pour cause de non-paiement de la prime (voir plus loin) ou fraude à l'assurance, mais pas non uniquement pour cause de sinistre.

Le preneur d'assurance *nous* informe, par écrit ou par voie électronique (à l'adresse retailhosp@dvv.be) du moment où un membre du ménage quitte un contrat d'assurance *hospitalisation* individuel conclu chez *nous* et *nous* communique sa nouvelle adresse.

Sur la base de ces données, *nous* soumettons au membre du ménage, dans les trente jours, une offre d'assurance conforme aux articles 203 et 204 de la loi du 4 avril 2014. *Nous* informons également le membre du ménage que l'offre s'applique aussi aux membres de son ménage. L'assureur ne peut pas invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

HOSPIMAX PLUS

Le membre du ménage dispose d'un délai de soixante jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le droit d'accepter l'offre s'éteint à l'expiration de ce délai.

Le contrat d'assurance que le membre du ménage a accepté commence à courir au moment où celui-ci perd le bénéfice de l'assurance précédente.

Si un ou plusieurs assuré(s) sont encore hospitalisés à la fin du contrat, nous remboursons quand même les frais d'hospitalisation et post-hospitalisation assurés, durant six mois maximum après la date de fin du contrat.

Article 9 DÉCLARATIONS PRÉALABLES

La présente assurance se base sur les déclarations préalables, c'est-à-dire sur tout ce que vous ou, le cas échéant, l'assuré nous aurez déclaré ou déclaré au médecin chargé de pratiquer l'examen médical, et sur tous les documents qui auront été produits dans ce contexte. Ces déclarations font partie intégrante du contrat et sont censées y être reproduites.

À la souscription du contrat, vous êtes tenu de nous informer, pour chaque assuré, de l'existence de tout autre contrat d'assurance ayant le même objet.

Dès l'expiration d'un délai de deux ans à dater de l'entrée en vigueur du contrat, l'assureur ne peut plus invoquer l'omission non-intentionnelle ou la communication non-intentionnelle de données erronées par le preneur d'assurance ou l'assuré, lorsque ces données ont trait à une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et si l'affection n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

Seules les omissions et les inexactitudes intentionnelles, dans la déclaration d'éléments d'appréciation du risque, entraînent la nullité de l'assurance.

Les primes échues jusqu'au moment où nous avons pris connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles, nous sont dues.

Article 10 PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes, taxes et frais se paient aux dates stipulées dans les conditions particulières.

Le preneur d'assurance paie la prime, soit directement à l'assureur, soit aux personnes chargées de l'encaisser, sur présentation d'un avis d'échéance signé par la direction de l'assureur.

À défaut de paiement intégral ou partiel de la prime, le preneur d'assurance recevra de l'assureur une mise en demeure par lettre recommandée.

Si la prime n'est toujours pas payée 15 jours plus tard, la police est suspendue de plein droit et les sinistres qui se produisent à partir de ce moment ne sont plus couverts.

Les garanties reprennent à zéro heure le jour qui suit la réception des primes impayées, taxes et frais compris.

A partir du quinzième jour suivant le début de la suspension, l'assureur a le droit de mettre fin au contrat. Si le preneur d'assurance communique expressément par écrit à l'assureur qu'il arrête le paiement des primes, l'assureur ne doit pas envoyer cette lettre recommandée.

Article 11 CHANGEMENT DE DOMICILE

Si vous changez de domicile ou de résidence réelle, vous êtes tenu de nous en aviser aussitôt. Tant que cette obligation n'aura pas été respectée, nous aurons le droit de considérer la dernière adresse que vous nous avez communiquée comme domicile élu. Si nous vous demandons des renseignements au sujet du domicile (et, le cas échéant, de la résidence réelle) de l'assuré, vous êtes également tenu de nous les fournir.

Article 12 DROIT DE RECOURS

Si les garanties sont valables ou si l'assureur a déjà effectué un remboursement, il agit à la place du preneur d'assurance ou des assurés pour faire valoir leur droit de recours sur les tiers qui sont responsables de l'accident ou de la maladie.

Le preneur d'assurance ou les assurés ne peuvent pas, sans autorisation écrite préalable de l'assureur, renoncer, que ce soit entièrement ou partiellement, à leurs droits de recours en faveur de qui que ce soit.

Article 13 CONTESTATION

Si les frais médicaux ou la durée de séjour dans un établissement de soins excèdent ce qui est médicalement requis, nous pouvons réduire les prestations à une somme ou une durée appropriée.

En cas de litiges de nature médicale, les parties peuvent, après la survenance du sinistre, décider de commun accord de soumettre ce litige à l'arbitrage de deux docteurs en médecine, choisis par les parties.

Si les deux docteurs ne sont pas d'accord, ils désignent un troisième docteur, ou s'adressent pour ce choix au Président du Tribunal de première Instance compétent, et ce à la demande de la partie la plus diligente. Chaque partie règle les honoraires de son arbitre et la moitié des honoraires du troisième.

HOSPIMAX PLUS

Article 14 CHANGEMENT DE TARIF

Sous réserve de l'article 204 de la loi relative aux assurances, l'assureur peut modifier les conditions ou le tarif comme suit:

- La prime, la *franchise* et les prestations peuvent être adaptées à l'échéance annuelle, sur la base de l'indice des prix à la consommation
- La prime, la *franchise* et les prestations peuvent être adaptées à l'échéance annuelle, sur la base d'un seul ou de plusieurs indices spécifiques pour les frais de services couverts par les contrats d'assurance *maladie* privés, comme ceux publiés au Moniteur belge, si leur évolution est supérieure à l'indice des prix à la consommation

Article 15 GESTION DES PLAINTES

Notre objectif est de *vous* offrir chaque jour le meilleur service. Les attentes de nos clients *nous* tiennent particulièrement à coeur. Si *vous* n'êtes pas entièrement satisfait, n'hésitez donc pas à *nous* le faire savoir.

Si *vous* avez une plainte, le mieux est de contacter d'abord votre conseiller des AP ou le gestionnaire de dossier. Ils prendront le temps de *vous* écouter et de trouver une solution avec *vous*.

Si cela s'avère impossible, ou si *vous* ne souhaitez pas signaler votre plainte à votre conseiller ou au gestionnaire de dossier, *vous* pouvez directement contacter le service Plaintes des AP assurances, place Charles Rogier 11 à 1210 Bruxelles, ou par e-mail: Plaintes@dvv.be.

La solution ne *vous* satisfait pas? L'Ombudsman des Assurances est à votre disposition: Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, ou par e-mail à info@ombudsman.as. Plus d'informations sur www.ombudsman.as.

Vous conservez toujours le droit d'intenter une procédure judiciaire auprès des tribunaux belges compétents.

Article 16 PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

L'assureur traite vos données à caractère personnel et celles des *assurés* à différentes fins, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps qu'il ne faut pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Dans le cadre des fins précitées, ces données à caractère personnel peuvent également être communiquées à d'autres entreprises liées à l'assureur et à des prestataires de services spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur GIE.

Vous et l'ensemble des *assurés* avez le droit de consulter vos données à caractère personnel dont *nous* disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. *Vous* pouvez aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à vous-même(s). *Vous* pouvez, en outre, demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel *vous* avez donné votre autorisation, *vous* avez le droit de retirer cette autorisation à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base de l'autorisation donnée avant son retrait.

Vous et l'ensemble des *assurés* avez le droit de *vous* opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de *vous* opposer à tout moment à l'utilisation de vos données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la protection de la vie privée de l'assureur. Cette charte est disponible auprès de votre intermédiaire en assurances et peut également être consultée sur www.dvv.be/privacycharter.

Article 17 TERRORISME

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme, selon les modalités et dans les limites prévues par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. *Nous* sommes membres à cette fin de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances, membres de cette ASBL, est limitée à un milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile.

Article 18 DROIT DE RÉTRACTATION

En cas de contrat d'assurance à distance, tant le preneur d'assurance que Belfius Insurance SA peuvent résilier le contrat sans pénalité et sans motivation par lettre recommandée dans un délai de 14 jours calendrier. Ce délai commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du jour où le preneur d'assurance reçoit les conditions contractuelles et l'information précontractuelle sur un support durable, si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

HOSPIMAX PLUS

La résiliation par le preneur d'assurance prend effet immédiat au moment de la notification. La résiliation émanant de Belfius Insurance SA prend effet huit jours après sa notification. Si le contrat est résilié par le preneur d'assurance ou par l'assureur et que l'exécution du contrat avait déjà commencé, à la demande du preneur d'assurance, avant la résiliation, le preneur d'assurance est tenu au paiement de la prime au prorata de la période au cours de laquelle une couverture a été octroyée. Il s'agit de l'indemnité pour les services déjà fournis.

A l'exception du paiement pour les services déjà fournis, l'assureur rembourse toutes les sommes qu'il a perçues du preneur d'assurance conformément au présent contrat.

Il dispose à cette fin d'un délai de 30 jours calendrier qui commence à courir:

- si le preneur d'assurance procède à la résiliation, à compter du jour où l'assureur reçoit la notification de la résiliation ;
- si l'assureur procède à la résiliation, à compter du jour où il envoie la notification de la résiliation.

Toute communication ou notification concernant la gestion du contrat doit être adressée au siège social de Belfius Insurance SA, Place Charles Rogier 11 - 1210 Bruxelles.