

Conditions de police Assurances avantages via SD Worx

« Hospi via Payroll »

**Conclue avec : *nom du preneur d'assurance
Numéro de police : 778**

Le présent contrat d'assurance maladie professionnelle se compose des conditions ci-dessous et des annexes éventuelles et est conclu entre :

*nom du preneur d'assurance
*adresse du preneur d'assurance (rue/numéro
*adresse du preneur d'assurance (domicile)
numéro d'entreprise : BE *

ci-après dénommé « le preneur d'assurance »

et

Justitia SA
Plantin en Moretuslei 301
2140 ANVERS
numéro d'entreprise : BE 0404.479.211

entreprise agréée (AR du 04/07/1979 – MB du 14/07/1979) pour exercer la branche « Maladie-Invalidité » sous le numéro de code 878.

ci-après dénommée « l'assureur ».

L'administration du présent contrat est mise en œuvre par :

Vanbreda Risk & Benefits SA
Plantin en Moretuslei 297
2140 ANVERS
numéro d'entreprise : BE 0404.055.676

ci-après dénommée « le gestionnaire ».

1. Preneur d'assurance

En ce qui concerne l'administration salariale, le preneur d'assurance déclare de faire appel au secrétariat social SD Worx. En outre il déclare :

- ou bien, d'employer au minimum 10 et au maximum 100 collaborateurs ;
- ou bien, d'être une entreprise en démarrage employant au moins un collaborateur dans les 24 mois suivant le démarrage de l'entreprise.

2. Assuré

L'assuré est la personne qui satisfait aux conditions d'affiliation, est affiliée au présent contrat, et sur qui repose le risque.

En outre, dans ce cadre :

- l'assuré principal est l'assuré qui, au moment de l'affiliation, est lié au preneur d'assurance par le biais de son activité professionnelle ;
- le coassuré est le membre de la famille de l'assuré principal.

3. Durée du contrat

Le présent contrat prend cours le */*/20* et a le 1^{er} janvier pour jour d'échéance annuelle. A l'échéance annuelle, il se renouvelle tacitement pour une période d'un an, sauf en cas de résiliation recommandée par l'une des parties à l'autre et, plus précisément, au moins 3 mois avant la fin de l'année d'assurance.

En cas de changement fondamental de la législation en matière de sécurité sociale, de la loi sur les hôpitaux ou de toute autre législation qui peut avoir un impact sur le présent contrat, l'assureur peut modifier les présentes conditions d'assurance. Cela fera l'objet d'une discussion préalable avec le preneur d'assurance. S'il le souhaite, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les trois mois après la notification du changement.

En tous cas, le présent contrat peut uniquement produire ses effets à partir du moment où le preneur d'assurance fait appel au secrétariat social SD Worx pour l'administration salariale. En outre, le présent contrat prendra immédiatement fin dès lors que l'administration salariale ne sera plus prise en charge par SD Worx.

4. Définitions

4.1. Accident

Toute atteinte à l'état de santé causée par un événement soudain, extérieur à l'organisme, indépendant de la volonté de la personne assurée, dont la cause et les symptômes sont objectivables d'un point de vue médical, et qui permet ainsi le diagnostic et exige une thérapie.

4.2. Accident du travail

Un accident tel que défini par la législation belge en matière d'accidents du travail et obligatoirement assuré par l'application de cette législation.

4.3. Accident vie privée

Tout accident qui n'est pas considéré comme un accident du travail.

4.4. Affection

Par affection, il y a lieu d'entendre :

- une atteinte à la santé en raison d'une maladie ou d'un accident ;
- une grossesse ou un accouchement.

4.5. Affection préexistantes

Les maladies, accidents, grossesses et accouchements qui se sont produits avant la date de l'affiliation de l'assuré ou dont la cause est connue avant cette date.

4.6. Année d'assurance

La période qui s'étend entre la date de début de la présente assurance et la date du premier jour d'échéance annuelle qui suit, et par la suite, chaque nouvelle période d'un an qui s'ensuit.

4.7. Appareil orthopédique

Un appareil ou un dispositif destiné à corriger ou à prévenir une déficience corporelle.

4.8. Délai d'attente

Une période unique qui commence à la date d'affiliation de l'assuré, durant laquelle un sinistre éventuel n'est pas assuré, et aucune prime n'est due au futur assuré.

4.9. Frais de séjour

Le ticket modérateur légal, le supplément imputé pour le séjour dans une chambre individuelle et le forfait journalier pour les médicaments.

4.10. Franchise

La partie des coûts remboursables qui demeure à charge de l'assuré.

La franchise ne sera retenue qu'une seule fois dans les situations suivantes :

- pour différents assurés d'une même famille impliqués dans un même accident ;
- pour les frais de l'accouchement pour la mère et l'enfant, à condition que tous les membres de la famille soient assurés ;
- pour une hospitalisation ininterrompue chevauchant deux années d'assurance.

4.11. Hôpital

Toute institution légalement reconnue comme hôpital où sont utilisés des moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement prouvés, y compris les institutions de soins palliatifs ou les centres de revalidation reconnus comme des hôpitaux par l'INAMI.

Ne sont *pas* considérés comme un hôpital :

- les maisons de repos, les centres pour personnes âgées ou autres institutions dont l'unique objet est l'hébergement des personnes âgées, des convalescents ou des enfants, même s'ils font partie d'un hôpital ;
- les centres de soins psychiatriques ;
- les instituts médico-pédagogiques ;
- les centres psychiatriques médico-légaux ;
- les initiatives d'habitation protégée ;
- les instituts de cure comme les cures thermales et diététiques, la thalassothérapie et les cures de désintoxication.

4.12. Hospitalisation

Tout séjour dans un hôpital nécessaire d'un point de vue médical pour lequel au moins une nuitée est facturée, ou dans le cas d'une intervention légale pour le traitement médical suivi ou effectué dans le cadre d'un forfait salle de plâtrage, de soins urgents dans un lit d'hôpital et/ou l'administration d'un médicament ou d'un produit sanguin/sanguin labile par perfusion intraveineuse (auparavant mini forfait), d'un maxi forfait, d'un forfait hôpital de jour, d'un forfait douleurs chroniques, ou de tout autre forfait hôpital de jour assimilé.

4.13. Intervention légale

- pour les frais encourus en Belgique :
tout remboursement prévu par l'assurance obligatoire pour les soins de santé et les indemnités applicables pour les travailleurs belges ;
- pour les frais encourus à l'étranger :
tout remboursement prévu par une convention conclue avec le pays concerné en matière de sécurité sociale des travailleurs.

Par législations sociales belges applicables aux travailleurs en cas de maladie ou d'accident, il est entendu :

- la législation relative à l'assurance maladie et invalidité obligatoire ;
- la législation relative aux accidents du travail ;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

4.14. Maladie

Toute atteinte à la santé physique ou mentale, avec des symptômes objectifs, qui n'est pas causée par un accident.

4.15. Médicament

Tout produit exclusivement vendu en pharmacie, et :

- soit enregistré en tant que médicament en Belgique ;
- soit pour lequel l'Agence européenne des médicaments (EMA) a émis une autorisation de commercialisation.

4.16. Prothèse

Un appareil ou un dispositif qui remplit totalement ou partiellement la fonction d'un organe ou d'un membre. Les prothèses et implants dentaires ne relèvent pas de cette définition.

4.17. Sinistre

Tout événement pour lequel il peut être fait appel aux garanties de la présente assurance.

4.18. Traitement ambulatoire

Les frais de soins médicaux fournis à un moment où l'assuré n'est pas hospitalisé, et donc les soins qui ne sont pas fournis lors d'une hospitalisation.

Les frais imputés sur la facture d'hospitalisation (de jour) qui ne sont pas remboursés dans une garantie Hospitalisation peuvent être pris en charge selon les conditions de remboursement des garanties Pré- et posthospitalisation ou Soins ambulatoires maladies graves.

5. Affiliation

5.1. Assurés principaux

Tous les **travailleurs actifs** au service du preneur d'assurance, qu'ils disposent d'un contrat de travail de durée déterminée ou indéterminée, sont considérés comme des assurés principaux. Par « travailleurs actifs », il y a également lieu d'entendre les travailleurs suivants : les travailleurs en interruption de carrière, crédit-temps ou congé thématique (congé parental, congé pour assistance médicale à un membre de la famille ou congé pour soins palliatifs pour un membre de la famille).

Les travailleurs malades de longue durée relèvent également de la catégorie des travailleurs actifs. Les jobistes n'en relèvent **pas**.

Les travailleurs qui continuent à travailler après leur 67^e anniversaire restent affiliés tant qu'ils sont au travail.

Pour les assurés principaux, **l'affiliation est obligatoire** et s'effectue sans formalités médicales. Il n'y a pas de délais d'attente et les coûts en lien avec des affections préexistantes sont assurés. L'affiliation a lieu le jour de l'entrée en service, mais au plus tôt à la date de prise d'effet de la présente assurance.

L'affiliation de l'assuré principal prend fin :

- à la cessation ou à la résiliation du contrat de travail entre l'assuré principal et le preneur d'assurance ;
- au moment où l'assuré principal passe au statut de RCC ou en cas de retraite légale (anticipée) de l'assuré principal ;
- en cas de décès ;
- à la fin de la présente assurance.

5.2. Coassurés (membres de la famille)

Les **membres de la famille de l'assuré principal** s'affilient à **titre facultatif** sans formalités médicales. Ils sont dénommés les coassurés.

Les membres de la famille (coassurés) suivants peuvent s'affilier :

- le partenaire de l'assuré principal. Il s'agit du partenaire matrimonial ou cohabitant sans lien familial avec l'assuré principal ;

- les enfants, enfants placés ou enfants adoptés de l'assuré principal ou de son partenaire qui :
 - o sont âgés de moins de 25 ans ;
 - o sont fiscalement à charge de l'assuré principal, du partenaire matrimonial ou du partenaire cohabitant ;
 - o résident chez l'assuré principal.
- les enfants, enfants placés ou enfants adoptés de l'assuré principal dans un régime de coparentalité qui :
 - o sont âgés de moins de 25 ans ;
 - o sont fiscalement à charge de l'assuré principal ou de l'ex-partenaire de l'assuré principal ;
 - o résident chez l'ex-partenaire de l'assuré principal.

La limite d'âge de 25 ans ne s'applique pas aux enfants atteints d'un handicap.

Le jour du droit à l'affiliation est :

- pour le partenaire : le jour du mariage ou de la cohabitation ;
- pour un enfant de l'assuré principal : le jour de la naissance ;
- pour un enfant adopté ou placé de l'assuré principal : le jour officiel de l'adoption ou de l'attribution comme enfant placé ;
- pour un enfant, enfant adopté ou enfant placé du partenaire : le jour du mariage ou de la cohabitation.

En cas d'affiliation de la famille, tous les membres de la famille doivent s'affilier. Si un membre de la famille dispose d'une assurance similaire, le membre de la famille en question ne doit pas s'affilier, à condition qu'une attestation d'affiliation puisse être présentée.

Si une demande d'affiliation intervient dans les 3 mois suivant le jour du droit à l'affiliation, l'affiliation est réputée être effectuée **à temps**. Il n'y a pas de délais d'attente et les coûts en lien avec des affections préexistantes sont assurés.

Si une demande d'affiliation intervient plus de 3 mois suivant le jour du droit à l'affiliation, l'affiliation est réputée **tardive**. Dans ce cas, un délai d'attente de 12 mois est applicable. Les coûts en lien avec des affections préexistantes sont assurés au terme du délai d'attente.

L'affiliation des coassurés prend fin :

- à la perte du statut de coassuré ;
- au moment où l'assuré principal passe au statut de RCC ou en cas de retraite légale (anticipée) de l'assuré principal ;
- en cas de décès du coassuré ou de l'assuré principal ;
- à la fin de la présente assurance.

Applicable tant à l'assuré principal qu'aux coassurés :

Les garanties et les prestations prennent fin le jour où l'affiliation de l'assuré prend fin, conformément aux dispositions mentionnées en 5.1 et 5.2, sauf dans les circonstances suivantes : pour un assuré hospitalisé au moment de la résiliation ou de la cessation du contrat de travail de l'assuré principal, les frais d'hospitalisation et de posthospitalisation encourus pendant la durée de ce contrat sont remboursés pendant maximum 180 jours.

6. Garanties de base

6.1. Garantie hospitalisation

Cette garantie se rapporte au remboursement des frais médicaux encourus lors d'une hospitalisation pour un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.

Dans ce cas, les frais médicaux suivants sont assurés :

- les **frais de séjour** ;
- les **honoraires** d'un médecin ;
- les **examens et traitements** ;
- les **prestations paramédicales** ;
- les **médicaments** ;
- les **frais de prothèses (y compris des membres artificiels, lunettes et appareils auditifs) et appareils orthopédiques** ;
- les **frais pour des techniques et matériaux (implantables) médicaux** (à l'exception de matériaux dentaires) ;
- les **traitements, prothèses et matériaux dentaires**, indépendamment de leur nature, à condition qu'il s'agisse d'un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie non stomatologique assurée ou d'un accident assuré. Ces deux conditions doivent être remplies simultanément ;
- les **traitements et médicaments homéopathiques, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie** ;
- les **frais de rooming-in**. Il s'agit des frais de séjour d'un des parents dans la même chambre que celle de l'enfant hospitalisé assuré ;
- les **frais de séjour du donneur**, en cas de transplantation d'organe ou de tissu en faveur de l'assuré ;
- les **frais mortuaires** comptabilisés sur la facture de l'hôpital ;
- les **frais pour les soins palliatifs** à l'hôpital ;
- les **frais de transport urgent et médicalement justifié** jusqu'à l'hôpital en ambulance ou par hélicoptère.

Les frais médicaux énumérés sont intégralement remboursés, à condition que la facture de séjour hospitalier compte au moins une prestation médicale assurée avec intervention légale. Si ce n'est pas le cas, le remboursement pour les frais médicaux comptés sur la facture de séjour hospitalier s'élève à 50%.

Dans le cadre de la présente garantie, un **accouchement à domicile** est assimilé à une hospitalisation. Cela signifie que pour ces coûts, outre la garantie hospitalisation, la garantie pré- et posthospitalisation (voir 6.2) est également applicable.

Les frais pour la **procréation médicalement assistée** (techniques reproductive artificielles) sont couverts à condition que les conditions pour obtenir l'intervention légale, imposées par l'INAMI, soient remplies. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies et que l'assuré ne reçoit pas d'intervention légale effective, ces frais ne sont pas couverts. La cryoconservation d'ovules ou de spermatozoïdes n'est pas couverte.

Les coûts relatifs au traitement d'**affections nerveuses ou mentales** sont seulement remboursés pour une hospitalisation de 2 ans maximum par assuré et par année d'assurance. Ces 2 années peuvent être consécutives ou non, et sont comptées à partir du début de la première hospitalisation.

6.2. Garantie pré- et posthospitalisation

La présente garantie prévoit un remboursement des coûts de soins médicaux ambulatoires nécessaires fournis pendant la période de 2 mois précédent l'hospitalisation et de 6 mois suivant immédiatement la sortie de l'hôpital. Le remboursement s'applique uniquement aux soins ambulatoires en lien direct avec une hospitalisation assurée.

Les frais médicaux suivants sont remboursés :

- les **honoraires** d'un médecin ;
- les **examens et traitements** ;
- les **prestations paramédicales** ;
- les coûts des **médicaments**.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50%.

La présente assurance prévoit également un remboursement pour les frais médicaux suivants :

- les frais de **prothèses (y compris des membres artificiels, lunettes et appareils auditifs) et appareils orthopédiques**. Les frais d'entretien et de réparation ne sont pas assurés ;
- les frais pour des **techniques et matériaux médicaux** (achetés dans la pharmacie ou auprès une institution reconnue et à l'exception des matériaux dentaires) ;
- les **traitements, prothèses et matériaux dentaires**, indépendamment de leur nature, à condition qu'il s'agisse d'un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie non stomatologique assurée ou d'un accident assuré. Ces deux conditions doivent être remplies simultanément.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50%. En outre, le remboursement s'élève dans ce cas à maximum 5 000,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les **traitements et médicaments homéopathiques, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie** sont remboursés à 50 %.

Les coûts de **transport** ne sont pas assurés.

6.3. Garantie soins ambulatoires maladies graves

La présente garantie prévoit un remboursement des coûts des soins ambulatoires nécessaires au point de vue médical qui sont en lien direct avec l'une des maladies graves reprises dans la liste limitative suivante :

le SIDA, la sclérose latérale amyotrophique, la brucellose, Ebola, la méningite cérébro-spinale, le choléra, le diabète, la diphtérie, l'encéphalite, le cancer, la leucémie, la malaria, la maladie du charbon, la mucoviscidose, la sclérose en plaques, une affection rénale nécessitant une dialyse, la variole, la poliomyélite, la dystrophie musculaire progressive, la scarlatine, le tétanos, la tuberculose, le typhus, l'hépatite virale, la fièvre typhoïde, la fièvre paratyphoïde, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Crohn, la maladie de Creutzfeldt-Jacob, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la maladie de Pompe.

Les frais médicaux suivants sont remboursés :

- les **honoraires** d'un médecin ;
- les **examens et traitements** ;
- les **prestations paramédicales** ;
- les coûts des **médicaments**.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50 %.

La présente assurance prévoit également un remboursement pour les frais médicaux suivants :

- les frais de **prothèses (y compris des membres artificiels, lunettes et appareils auditifs) et appareils orthopédiques**. Les frais d'entretien et de réparation ne sont pas assurés ;
- les frais pour des **techniques et matériaux médicaux** (achetés dans la pharmacie ou auprès une institution reconnue et à l'exception des matériaux dentaires) ;
- les **traitements, prothèses et matériaux dentaires**, indépendamment de leur nature, à condition qu'il s'agisse d'un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie non stomatologique assurée ou d'un accident assuré. Ces deux conditions doivent être remplies simultanément.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50 %. En outre, le remboursement pour ces frais s'élève à maximum 5 000,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les coûts pour des **thérapies** suffisamment éprouvées sur le plan scientifique mais que l'assurance maladie légale ne rembourse pas encore sont remboursés à hauteur de 50 % dans le plafond de max. 5.000,00 EUR par assuré et par année d'assurance. Il s'agit du même plafond qu'indiqué dans le paragraphe ci-dessus.

Les **traitements et médicaments homéopathiques, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie** sont remboursés à 50 %.

Les coûts de **transport** ne sont pas assurés.

6.4. Garantie à l'étranger

Les garanties indiquées sous 6.1 jusqu'à 6.3 compris sont valables dans le monde entier, à condition que les soins médicaux revêtent un caractère urgent et imprévu.

Garantie hospitalisation

Si l'assuré perçoit une intervention légale pour les frais médicaux indiqués sur la facture de séjour hospitalier, le solde encore à charge de l'assuré sera intégralement remboursé. S'il n'y a pas d'intervention légale ou si l'assuré n'y a pas droit, le remboursement est égal à 50% des coûts qui sont à charge de l'assuré.

Garantie pré- et posthospitalisation et garantie soins ambulatoires maladies graves

Les mêmes règles de remboursement s'appliquent à ces coûts que pour les coûts encourus en Belgique. Voir à ce sujet les points 6.2 et 6.3 ci-dessus.

Outre ces conditions, les conditions d'Assi-Link+, l'assurance assistance médicale, s'appliquent également. Ces conditions et la prime y afférente sont fixées dans un contrat séparé entre le preneur d'assurance et l'assureur assistance.

6.5. Garantie ophtalmologie non hospitalière

La présente garantie prévoit un remboursement des frais médicaux pour une opération de la cataracte dans un centre ophtalmique non hospitalier agréé. Le remboursement s'élève à maximum 600,00 EUR par assuré et par opération (par œil). Les coûts en lien avec la garantie pré- et posthospitalisation (voir 6.2) sont compris dans ce montant maximal.

6.6. Garantie assistance en Belgique et à l'étranger

Les garanties assistance en Belgique et à l'étranger sont décrites dans les conditions générales et particulières d'Assi-Link+. Ces conditions et la prime y afférente sont fixées dans un contrat séparé entre le preneur d'assurance et l'assureur assistance.

7. Calcul du remboursement

7.1. Intervention légale et autres indemnisations

Sont déduits du montant des coûts assurés :

- le remboursement de l'assurance maladie légale ;
- toute indemnisation en exécution de quelque autre assurance que ce soit présentant le même but ou de n'importe quels caisse, fonds, organisme ou institution.

7.2. Plafond de remboursement global

Les frais médicaux assurés sont remboursés selon les conditions décrites dans l'article 6. Il n'y a pas de plafond de remboursement global.

7.3. Franchise

La franchise pour les garanties: « Hospitalisation », « Pré- et posthospitalisation » et « Étranger » s'élève à 175,00 EUR par assuré et par année d'assurance. Cette franchise s'applique uniquement dans le cas d'une hospitalisation avec nuitée dans une chambre individuelle, ou dans le cas d'une hospitalisation de jour dans une chambre individuelle. En cas d'hospitalisation (de jour) en chambre de deux ou plusieurs personnes, aucune franchise n'est appliquée.

Il n'y a pas de franchise pour les garanties « Soins ambulatoires maladies graves » et « Garantie ophtalmologie non hospitalière ».

8. Exclusions

La présente assurance ne prévoit pas de remboursement des frais médicaux résultant :

- d'actes intentionnels ou téméraires de l'assuré, sauf en cas de légitime défense ou en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- de faits de guerre, de guerre ou de guerre civile ;
- de troubles civils, d'émeutes, d'actes de violence ou de terrorisme collectifs (politiques, idéologiques ou sociaux), à moins que l'assuré n'y ait pas activement pris part ou en cas de légitime défense ou de sauvetage de personnes ou de biens ;
- de la participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit, sauf en cas de légitime défense ;
- d'alcoolisme, par quoi il est entendu la consommation excessive d'alcool donnant lieu à des maladies physiques sans qu'il soit nécessairement question de dépendance ;

- de l'usage non thérapeutique de stupéfiants ou de médicaments et de la toxicomanie ;
- d'un accident ou d'une maladie survenant alors que l'accusé se trouvait dans un état d'ébriété, d'intoxication alcoolique, sous l'influence de stupéfiants, de substances hallucinogènes ou d'autres drogues ;
- d'accidents qui résultent d'une activité sportive rémunérée, y compris des entraînements au sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré ;
- de traitements expérimentaux ou non éprouvés sur le plan scientifique ;
- de traitements contraceptifs, par exemple la stérilisation ;
- de traitements de nature esthétique ou de soins esthétiques, sauf en cas de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'une maladie couverte ;
- de cures telles que les cures thermales et diététiques, la thalassothérapie et les cures de désintoxication ;
- d'une hospitalisation déjà en cours au moment de l'affiliation de l'assuré ;
- des frais avec date de prestation avant la date d'affiliation de l'assuré ou après la fin de l'affiliation de celui-ci sauf dans les circonstances décrites à l'article 5.2.

9. Prime

La **prime mensuelle** en EUR par assuré pour les garanties des points 6.1. jusqu'à 6.5 s'élève à :

	adulte	enfant
prime nette	19,43	6,80
taxes et charges	3,74	1,31
prime brute	23,17	8,11

La prime brute, toutes taxes et charges comprises, est payable trois mois à l'avance.

Les primes pour les assurés principaux sont prises en charge par l'employeur et perçues par le gestionnaire.

Les primes pour les coassurés sont prises en charge par l'assuré principal et perçues par le gestionnaire par virement ou domiciliation.

La prime nette est indexée chaque année sur la hausse le jour d'échéance (N) sur la base de l'indice médical spécifique pour les frais d'hospitalisation, à savoir l'indice « Garantie chambre individuelle » de la classe d'âge « Global ». L'ajustement s'effectue selon la proportion entre le dernier indice spécifique applicable le jour de l'échéance annuelle de la prime et l'indice spécifique de l'année précédente. Si cet indice médical spécifique entraîne une augmentation inférieure à la hausse de l'indice des prix à la consommation (indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année N-1 divisé par l'indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année N-2), l'indexation s'effectue sur la base de l'indice des prix à la consommation.

L'estimation des coûts d'acquisition (voir 1) de la prime nette ou de la prime commerciale est égale à 5,52% au moment de la conclusion du présent contrat d'assurance. L'estimation des frais administratifs (voir 1) de la prime nette ou de la prime commerciale est égale à 2,89% au moment de la conclusion du présent contrat d'assurance.

(1) Informations sur la charge et le coût en exécution de l'A.R. du 2 mai 2017, M.B. du 11 mai 2017.

Avertissement

« Votre attention est attirée sur le fait qu'une comparaison entre plusieurs contrats d'assurance ne doit pas se limiter à comparer l'estimation des coûts et frais de chaque contrat mais doit également prendre en considération d'autres éléments, tels que l'étendue des garanties, le montant des franchises éventuelles ou les clauses d'exclusion.

Les estimations communiquées ci-dessus permettent de mieux apprécier la partie de la prime qui sert à couvrir le risque assuré par le contrat d'assurance. Le solde de la prime, après déduction des taxes et contributions ainsi que des frais d'acquisition et d'administration, représente en effet la part de la prime affectée à l'exécution des prestations contractuelles ainsi que les frais non mentionnés ci-dessus (y inclus le coût mutualisé des sinistres et de leur gestion).

Ces estimations sont calculées sur la base des données comptables du dernier exercice comptable de l'entreprise d'assurances telles qu'approvées par son assemblée générale. »

Ces estimations seront recalculées chaque année sur la base du dernier exercice. Les informations pertinentes seront à chaque fois mentionnées dans le bordereau de prime de l'année en cours. Une infime différence peut apparaître dans le calcul des primes avec taxes et dans les estimations des coûts en raison des règles d'arrondi qui s'appliquent.

L'assuré est tenu de payer, outre les primes, toutes les taxes et charges parafiscales actuelles ou futures. L'assuré est informé du montant de la prime à payer par le biais d'un décompte de primes de l'assureur ou du gestionnaire.

En cas de non-paiement au plus tard quinze jours à compter du jour suivant le dépôt d'un courrier recommandé à la poste, par lequel le jour de l'échéance de la prime et les conséquences d'un défaut de paiement dans le délai fixé sont rappelés au preneur d'assurance, la garantie est suspendue de plein droit à l'expiration du délai susmentionné pour tous les frais encourus à compter de la date de la suspension. La garantie entre à nouveau en vigueur seulement après le paiement intégral de toutes les primes dues. L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat pendant la période de suspension susmentionnée. Dans ce cas, la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension ou de la mise en demeure dans laquelle la suspension est annoncée.

Pour les personnes qui s'affilient dans la première moitié du mois (du 1^{er} au 15^e jour), une prime est imputée pour le mois complet. Pour les personnes qui s'affilient dans la deuxième moitié du mois (du 16^e au dernier jour du mois), aucune prime n'est imputée pour ce mois.

Pour les personnes qui se désaffilient dans la première moitié du mois (du 1^{er} au 15^e jour), aucune prime n'est imputée pour ce mois. Pour les personnes qui se désaffilient dans la deuxième moitié du mois (du 16^e au dernier jour du mois), une prime est imputée pour le mois complet.

10. Medi-Link

Pour le règlement des sinistres, le gestionnaire du présent contrat d'assurance maladie professionnelle aura recours au système du tiers payant Medi-Link, qu'il a lui-même développé et qu'il administre.

Les conditions générales de Medi-Link sont jointes au présent contrat et en font partie intégrante. Le preneur d'assurance a pris connaissance de ces conditions générales et consent à l'application de Medi-Link et aux conditions générales.

11. Gestionnaire

Pour l'administration du présent contrat d'assurance maladie professionnelle, l'assureur confie certaines tâches au gestionnaire.

Un accord-cadre règle les tâches que le gestionnaire effectue pour le compte de l'assureur.

En cas de résiliation de l'accord-cadre, il demeurera en vigueur jusqu'au terme de la période assurée en cours du présent contrat d'assurance maladie professionnelle. Tous les sinistres survenus dans cette période resteront administrés par le gestionnaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance maladie professionnelle, l'accord-cadre demeurera en vigueur jusqu'au terme de la période assurée prévue dans le contrat d'assurance maladie professionnelle. Tous les sinistres survenus dans cette période resteront administrés par le gestionnaire.

12. Litiges

Les prestations visées dans le présent contrat sont uniquement octroyées sous réserve du droit de l'assureur de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'assuré par un médecin agréé par lui.

Tout litige d'ordre médical qui n'est pas résolu entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur peut être tranché par un troisième médecin par accord mutuel entre l'assuré et l'assureur. Ce troisième médecin est désigné par accord mutuel par les deux premiers médecins.

Si le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur ne parviennent pas à un accord sur la désignation du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Conseil de l'Ordre des médecins compétent pour le domicile de l'assuré.

Les honoraires du troisième médecin et des examens spécialisés éventuels que le troisième médecin estime nécessaires sont pour moitié à charge de l'assuré et pour moitié à charge de l'assureur.

13. Dispositions finales

13.1. Continuation à titre individuel et préfinancement

Continuation à titre individuel

Lorsque l'assuré perd le droit à l'affiliation au présent contrat d'assurance maladie professionnelle, il peut continuer l'assurance à titre individuel sans formalités médicales ni délais d'attente auprès de la compagnie d'assurance Allianz Benelux SA.

À cet effet, il est nécessaire que l'assuré principal ait été affilié sans interruption à une ou plusieurs polices d'hospitalisation consécutives auprès d'une compagnie d'assurance au moins pendant les deux ans qui précèdent la date de la perte de l'affiliation au présent contrat d'assurance maladie professionnelle.

Dispositions relatives à la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle pour l'assuré principal.

Au plus tard dans les trente jours après la perte de l'avantage du présent contrat d'assurance maladie professionnelle, le preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique :

- de la date de la perte de l'avantage du présent contrat d'assurance maladie professionnelle ;
- de la possibilité de continuer l'assurance à titre individuel ;
- du délai dans lequel l'assuré principal, et, le cas échéant, les membres de sa famille, peu(ven)t exercer son (leur) droit de continuation individuelle ;
- des coordonnées d'Allianz Benelux SA.

L'assuré principal et, le cas échéant, les membres de sa famille dispose(nt) d'un délai de trente jours pour informer Allianz Benelux SA par écrit ou par voie électronique de son (leur) intention de continuer l'assurance en tout ou en partie à titre individuel. Ce délai peut être prolongé de trente jours à condition qu'Allianz Benelux SA en soit informé par écrit ou par voie électronique.

Ce délai prend cours à partir du jour de la réception du courrier par lequel le preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique de la possibilité de continuation individuelle. Ce délai expire en tous cas cent cinq jours après le jour de la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle.

Allianz Benelux SA dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre une offre d'assurance à l'assuré principal et, le cas échéant, aux membres de sa famille, par écrit ou par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, les membres de sa famille, dispose(nt) enfin d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai prend cours à partir du jour de la réception de l'offre d'Allianz Benelux SA. Le droit de continuation individuelle échoit à l'expiration de ce délai.

Dispositions relatives à la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle pour un membre de la famille de l'assuré principal.

Lorsqu'un membre de la famille perd l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle pour une autre raison que la perte de l'avantage de ce contrat d'assurance maladie professionnelle par l'assuré principal, ce membre de la famille dispose d'un délai de cent cinq jours à compter du moment où il perd l'avantage susmentionné pour informer Allianz Benelux SA par écrit ou par voie électronique de son intention d'exercer son droit de continuation individuelle.

Allianz Benelux SA dispose ensuite d'un délai de quinze jours pour lui soumettre une offre d'assurance par écrit ou par voie électronique.

Le membre de la famille dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai prend cours à partir du jour de la réception de l'offre d'assurance d'Allianz Benelux SA. Le droit de continuation individuelle échoit à l'expiration de ce délai.

Dispositions relatives au contrat individuel

Les conditions du contrat individuel correspondent à celles des contrats individuels en vigueur chez Allianz Benelux SA au moment de la continuation, des garanties au moins similaires à celles du contrat d'assurance maladie professionnelle continué étant proposées.

Les conditions tarifaires correspondent à celles qui sont en vigueur au moment de la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle.

Le contrat individuel accepté par l'assuré commence au moment où il perd l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle.

Préfinancement

La loi du 20 juillet 2007 oblige la compagnie d'assurance à informer le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer une prime supplémentaire à titre individuel.

Le preneur d'assurance transmet immédiatement cette information à l'assuré principal.

Le paiement de ces primes supplémentaires a pour conséquence qu'en cas de continuation individuelle, la prime à payer individuellement par l'assuré est déterminée en tenant compte des paiements supplémentaires effectués.

La loi dispose qu'il incombe au preneur d'assurance de prouver qu'il a transmis les informations visées, et prévoit des sanctions.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre les informations susmentionnées à l'assuré principal, le preneur d'assurance est redevable de la différence entre la prime calculée d'après l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de continuation individuelle du contrat d'assurance maladie professionnelle et la prime calculée d'après l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation au contrat d'assurance maladie professionnelle.

13.2. Choix du médecin et de l'hôpital

L'assuré a le libre choix :

- des médecins légalement autorisés à exercer ;
- de l'hôpital ;
- de la chambre dans un hôpital.

13.3. Modalités de paiement

L'assuré perçoit le remboursement calculé sur la base du présent contrat dans les 10 jours ouvrables qui suivent la remise des pièces justificatives nécessaires au gestionnaire. Si l'article 12 est applicable : dans les 10 jours ouvrables après la décision prise. Des intérêts moratoires ne sont en aucun cas dus par l'assureur.

13.4. Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré en cas de sinistre

- Le preneur d'assurance et les assurés sont tenus de communiquer sous forme digitale à la fois avec l'assureur et le gestionnaire.
- Dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 14 jours après l'hospitalisation, une hospitalisation ou une hospitalisation de jour doit être signalée à l'assureur conformément aux procédures convenues via le site web du gestionnaire ou à l'aide de l'appli Vanbreda Health Care. Il n'y a pas de déchéance si la déclaration est faite dans un délai de 3 mois, s'il est prouvé qu'il était impossible de la faire auparavant.
- L'assuré doit tout mettre en œuvre pour fournir de façon digitale toutes les informations concernant les maladies, accidents, grossesses ou accouchements qui se sont produits et leurs conséquences. L'assureur a le droit d'examiner ces déclarations et les réponses.

L'assuré doit prendre les mesures nécessaires pour permettre aux médecins de l'assureur de demander des informations complémentaires à propos du sinistre ou éventuellement d'examiner l'assuré.

13.5. Déclaration d'affiliation et de départ

- Dans le mois après la date de début du présent contrat, le preneur d'assurance fournira au gestionnaire par l'intermédiaire de SD Worx, les informations suivante sur l'assuré principale :
 - o nom ;
 - o prénom ;
 - o sexe ;
 - o date de naissance ;
 - o adresse ;
 - o date d'entrée en service ;
 - o numéro de personnel ;
 - o date d'affiliation ;
 - o adresse e-mail.
- Afin d'obtenir les informations mentionnées ci-dessus sur les membres de la famille, le gestionnaire contactera l'assuré principal par courrier électronique.
- Chaque mois et par l'intermédiaire de SD Worx, le preneur d'assurance s'engage à fournir au gestionnaire les changements aux informations décrites ci-dessus sur l'assuré principal. Les changements aux données sur les membres de la famille sont communiqués au gestionnaire par les assurés principaux au moyen du formulaire de contact publié sur le site du gestionnaire. L'assuré principal doit veiller à ce que les données sur les membres de la famille soient précises. Au terme de l'affiliation (garanties et prestations) la date et la raison de la perte du statut d'assuré doivent être communiquées.

13.6. Déchéance des garanties

Les garanties sont abrogées si le preneur d'assurance ou l'assuré :

- présente de faux certificats, dépose de fausses déclarations ou tait délibérément des faits qui auraient influencé la décision de l'assureur ;
- reporte délibérément le signalement d'un sinistre à l'assureur ou néglige de l'en informer en temps utile, de sorte que l'assureur n'est plus en mesure de vérifier si un sinistre relève ou non avec certitude de la garantie d'assurance.

13.7. Protection des données personnelles

Dans le cadre de la collaboration entre les parties, le preneur d'assurance fournira à l'assureur des données à caractère personnel que l'assureur traitera en tant que Responsable du traitement, dans le respect de la législation applicable en matière de protection de la vie privée.

1. L'assureur a désigné un Data Protection Officer. Il peut être contacté à l'adresse dpo@justitianv.be ou Justitia SA, attn Data Protection Officer, Plantin en Moretuslei 301, 2140 Anvers.

2. L'assureur traitera ces données personnelles pour répondre à ses obligations légales (ci-après dénommées « OL ») (notamment dans le cadre de la législation AssurMiFID, antiblanchiment et antiterrorisme), dans le cadre de l'exécution du Contrat (ci-après dénommé « CT »), lorsque le traitement s'avérera nécessaire dans le cadre d'actions judiciaires (ci-après dénommées « AJ ») et pour défendre ses intérêts légitimes (ci-après dénommés « IL »). Dans certains cas, la personne concernée devra donner son autorisation au traitement.
3. L'assureur traitera ces données personnelles aux fins suivantes :
 - gestion de clients (OL et/ou CT et/ou IL) ;
 - traitement des demandes et sinistres (CT) ;
 - gestion d'assurances maladies (CT) ;
 - gestion des litiges (CT et/ou AJ) ;
 - renseignements technico-commerciaux (CT et/ ou IL) ;
 - relations publiques (IL) ;
 - lutte contre la fraude et les infractions de la clientèle (IL) ;
 - sécurité (IL) ;
 - protection de la société, du propre secteur ou organisation (OL et/ou IL).
4. L'assureur se réserve le droit de confier la gestion de ce contrat et/ou des sinistres à Vanbreda Risk & Benefits. Il conclura à cette fin un contrat de cadre avec cette compagnie.
5. Dans le cadre de la collaboration, l'assureur peut transmettre ces données personnelles au gestionnaire Vanbreda Risk & Benefits, à des experts, des médecins-contrôleurs, des mutualités. Ces données personnelles peuvent aussi être traitées par les fournisseurs ou sous-entrepreneurs de l'assureur qui agissent comme Sous-traitants. Si l'assureur y est légalement contraint, les données personnelles peuvent être transmises à des instances publiques.
6. Sauf si nécessaire pour l'exécution du contrat, les données personnelles ne seront pas traitées ou transmises en dehors de l'Union européenne.
7. Ces données personnelles seront détruites au plus tard après le délai de responsabilité pour les plaintes potentielles.
8. Chaque personne concernée a le droit de demander à l'assureur de consulter, rectifier, effacer ou limiter les données personnelles issues du traitement qui la concernent. Elle peut s'opposer au traitement et possède un droit à la portabilité des données.
9. Si le traitement nécessite une autorisation, la personne concernée a le droit de révoquer cette autorisation. Cette révocation ne porte pas préjudice à la légalité du traitement sur la base de l'autorisation avant sa révocation.
10. Chaque personne concernée a le droit d'introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données.
11. Les données personnelles demandées par l'assureur sont nécessaires pour la bonne mise en œuvre de la collaboration. Si ces données personnelles ne sont pas fournies, l'assureur peut refuser de poursuivre la collaboration, ou il est possible que cette dernière ne puisse pas être exécutée (entièrement) dans les règles de l'art.
12. Les données personnelles peuvent être utilisées dans le cadre de décisions automatisées. Si tel est le cas, l'assureur informera la personne concernée à ce sujet.

Vous trouverez de plus amples informations concernant la politique de confidentialité de Justitia sur www.justitia.be/fr/privacy.

13.8. Subrogation

L'assureur tenu à un paiement ou qui a effectué un paiement se substitue à l'assuré dans ses droits et actions éventuels envers des tiers responsables. Par conséquent, l'assuré ne peut renoncer ni entièrement ni partiellement à quelque recours que ce soit à l'égard de tiers.

Les pièces justificatives soumises deviennent la propriété de l'assureur.

13.9. Élection de domicile

Le domicile du preneur d'assurance et de l'assureur est établi de plein droit à leurs sièges sociaux respectifs, et pour l'assuré, au dernier domicile connu par le preneur d'assurance.

13.10. TRIP

Justitia SA participe au « Terrorism Reinsurance and Insurance Pool » (TRIP). Par conséquent, le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle « Soins de santé » couvre des dommages causés par un acte de terrorisme comme défini et réglementé par la loi du 3 mai 2024, dans le cadre, les termes et les limites de cette loi.

13.11. Législation applicable

La législation belge s'applique au présent contrat, plus précisément régi par la loi relative aux assurances du 4 avril 2014 et par les divers arrêtés d'exécution.

Ses dispositions contraignantes entraînent l'abrogation, le remplacement ou le complément des conditions du présent contrat qui y seraient contraires.

13.12. Annexes

L'annexe suivante fait partie intégrante du présent contrat annexe 1 : conditions générales Medi-Link

Fait à Anvers, le */*/202*, en * exemplaires, chaque partie déclarant en avoir reçu un.

le preneur d'assurance

l'assureur

*nom du preneur d'assurance
*nom et qualité du signataire

Justitia SA
Kris Heyman
administrateur

Les dispositions susmentionnées ne sont applicables que dans la mesure où ce contrat est renvoyé dûment signé dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur indiquée à l'article 2. Durée du contrat.

Annexe 1 : conditions générales Medi-Link



Conditions générales Medi-Link

1. Seule l'hospitalisation (de jour) qui nous est signalée à temps, qui est couverte par la garantie et qui a lieu dans un établissement hospitalier affilié à Medi-Link est susceptible d'être réglée par le biais de Medi-Link.
2. La notification de l'hospitalisation (de jour) prévue doit être faite au plus tard 15 jours avant l'admission dans l'établissement hospitalier. Si les informations obtenues lors de la notification sont insuffisantes ou imprécises, un complément d'information sera demandé. Ces informations devront être en notre possession au plus tard 7 jours avant l'admission (de jour) dans l'établissement hospitalier, de manière à permettre une acceptation en temps voulu. Les admissions d'urgence doivent nous être communiquées aussi rapidement que possible et sont traitées prioritairement. Lorsque l'admission (de jour) résulte d'un accident, il y a lieu de l'indiquer explicitement lors de la notification de l'hospitalisation. En cas d'hospitalisation (de jour) à la suite d'un accident, il convient toujours, en effet, que l'affilié fasse parvenir à Vanbreda des informations supplémentaires relatives à l'accident et, le cas échéant, les données des parties concernées, du procès-verbal ou d'autres assurances.
3. Si l'hospitalisation (de jour) pour laquelle Medi-Link a été activé n'est pas acceptée médicalement, la somme totale qui a été versée à l'établissement hospitalier sera réclamée à l'assuré. Lorsque le planning est modifié ou si l'hospitalisation (de jour) concernée diffère de celle qui était prévue, il y a lieu de le notifier expressément et sans délai.
4. La décision concernant l'utilisation de Medi-Link pour l'hospitalisation est unique et ne vaut que pour la date d'admission communiquée. La décision est exclusivement confirmée par écrit à l'assuré. L'établissement hospitalier est avisé à temps. Une exception à cette acceptation unique est un accouchement : la date d'accouchement prévue doit être communiquée à temps. La confirmation de l'acceptation concernant l'accouchement signalé doit être présentée à l'établissement hospitalier lors de l'admission.
5. Lorsqu'une hospitalisation (de jour) est acceptée, tous les frais facturés légalement par l'établissement hospitalier lui sont payés directement par Vanbreda. Le paiement direct ne vaut que pour les admissions donnant lieu à un forfait journalier légal ou des frais de séjour et pour le(s)quel(s) l'INAMI prévoit une intervention légale. S'il apparaît, à la réception de la facture de l'hôpital, qu'aucun forfait journalier légal ou frais de séjour n'a été porté en compte ou qu'aucune intervention légale a été accordée, le paiement sera réclamé directement par l'établissement hospitalier auprès de l'assuré / du patient.
6. La franchise éventuelle et les frais non couverts par la garantie doivent nous être versés dans les 30 jours suivant la réception du décompte.
7. Il est possible que, dans certains cas, l'assuré doit payer ou rembourser un montant à Vanbreda, par exemple dans le cas d'une récupération Medi-Link ou d'une demande de paiement de prime(s) lorsque la prime n'est pas réglée par le biais de l'employeur. Lorsqu'un assuré est redevable d'un certain montant à Vanbreda, un délai de paiement de 30 jours calendriers est d'application.

Tant que le montant dû n'est pas réglé, les paiements dans le cadre du remboursement des frais antérieurs et postérieurs éventuellement introduits en rapport avec la même admission (de jour) et/ou dans le cadre des frais introduits en rapport avec une autre admission (de jour) pourront être bloqués. Dès que le solde dû sera en notre possession, les paiements bloqués seront libérés. Vanbreda se réserve toutefois le droit d'opérer une compensation avec d'éventuels soldes dus impayés. Le taux d'intérêt légal en vigueur pourra être appliqué à ce niveau.

En cas de non-paiement prolongé, Vanbreda pourra également en informer l'employeur et les cartes Medi-Link pourront être bloquées pour toute la famille. Ce blocage deviendra irréversible après un délai de 3 mois.

8. Les présentes conditions générales peuvent à tout moment être complétées ou modifiées par Vanbreda. En cas de modification d'éléments non-essentiels, l'assuré en est informé par écrit ou par toute autre voie adéquate. En cas de modification d'éléments essentiels, sa notification a lieu dans un délai raisonnable avant la mise en application. En cas de non-accord, l'assuré a la possibilité de signaler son refus d'utiliser Medi-Link durant une période de 30 jours calendrier courant à partir de la date de notification. Ce refus vaut pour toute la famille et est irréversible.
9. Bien que le service Medi-Link soit offert collectivement, l'assuré a la possibilité de ne pas marquer son accord sur les présentes conditions générales et dispose à cet égard d'un droit de refus individuel. Dans les 30 jours suivant la réception de la carte Medi-Link, l'assuré doit aviser Vanbreda par écrit de son refus d'utiliser Medi-Link. Ce refus est dès lors d'application pour toute la famille et est irréversible.

CONDITIONS GENERALES assistance à l'interieur et à l'étranger

Assurance hospitalization Vanbreda Risk & Benefits – Assi-link

I. DISPOSITIONS COMMUNES

1. Définitions

Ce contrat entend par:

- 1.1. L'assureur: AGA International S.A. (dénommé dans le texte: Allianz Global Assistance), ayant son siège en Belgique, Rue des Hirondelles 2 à 1000 Bruxelles, agréée sous le code 2769 – numéro d'entreprise 0837.437.919.
- 1.2. Le preneur d'assurance: La personne physique ou morale ayant souscrit ce contrat auprès de l'assureur, et dont le domicile ou le siège doit se situer en Belgique.
- 1.3. Les personnes assurées:
Les personnes physiques, bénéficiaires de l'assurance hospitalisation contractée par le preneur d'assurance et gérée par Vanbreda Risk & Benefits.
Les personnes assurées doivent être domiciliées en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Luxembourg ou en France.
Dans les Conditions Générales, les personnes assurées sont désignées par les termes "vous" ou "votre".
- 1.4. Votre domicile: Votre lieu de domicile, devant être situé en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Luxembourg ou en France.
- 1.5. Maladie: Une altération de l'état de santé, due à une autre cause qu'un accident, ayant été constatée et diagnostiquée par un médecin.
- 1.6. Accident:
Un événement soudain et extérieur, indépendant de votre volonté, causant une lésion corporelle constatée et diagnostiquée par un médecin.
- 1.7. Rapatriement: Le retour à votre domicile.
- 1.8. Frais médicaux: s'ils sont la conséquence d'une prescription d'un médecin ou d'un dentiste:
 - les honoraires médicaux;
 - les frais d'admission et de traitement en cas d'hospitalisation;
 - les frais médicamenteux;
 - les frais de soins dentaires;
 - les frais de kinésithérapie.

2. Correspondance

Allianz Global Assistance en Belgique: Rue des Hirondelles 2 à 1000 Bruxelles, et tout avis doit être fait à cette adresse.

3. Quel est l'objet de ce contrat?

Dans les limites des conditions et des capitaux spécifiés dans les Conditions Générales et Particulières, ce contrat garantit le paiement des montants prévus et l'exécution des prestations prévues.

4. Où s'applique la garantie?

L'assistance à l'étranger s'applique dans le monde entier, sauf la Belgique et le pays de votre domicile.
L'assistance dans le pays de votre domicile s'applique seulement sur le territoire du pays de votre domicile.

5. Paiement de la prime

La prime doit être payée avant l'échéance, après réception de la notice reprenant la demande de paiement par le preneur d'assurance. En cas de non-paiement de la prime, les dispositions de la loi sur le Contrat d'Assurance Terrestre sont d'application.

6. Quelle est la durée de ce contrat - de la garantie?

6.1. Ce contrat:

La durée de ce contrat est de 1 an, et est reconduit tacitement pour des périodes consécutives de 1 an sauf si l'une des parties s'y oppose au moins 3 mois avant l'échéance dans les formes prescrites à l'article I.6.3.2.

6.2. La garantie:

La garantie prend cours à 0 heure de la date mentionnée dans les Conditions Particulières. Dans tous les cas, la garantie ne prend cours que le lendemain de la réception par Allianz Global Assistance du contrat, dûment signé par le preneur d'assurance, et au plus tôt après le paiement de la première prime par le

preneur d'assurance.

La garantie est d'application dans le pays de votre domicile durant la durée totale assurée. La garantie est d'application à l'étranger uniquement si la période à l'étranger ne dure pas ou ne durera pas plus de 3 mois consécutifs.

6.3. Résiliation:

6.3.1. Allianz Global Assistance peut adapter la prime ou les conditions d'assurances sans modification du risque. Le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans le mois suivant la réception de l'avis de modification.

6.3.2. La résiliation doit s'effectuer par lettre recommandée à la poste, par remise de la lettre contre récépissé ou par exploit d'huissier. Sauf dans le cas de l'article I.4.1, cette résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai de trois mois à compter du lendemain, respectivement, du dépôt à la poste, de la date du récépissé ou de la signification. Les primes payées afférentes à la période suivant l'entrée en vigueur de la résiliation, sont remboursées endéans les quinze jours de cette entrée en vigueur.

7. Montants assurables maximaux

La prise en charge par Allianz Global Assistance des montants susmentionnés est de nature complémentaire. Cela signifie que Allianz Global Assistance n'assume que le solde de ces frais qui restent à charge de la personne assurée ou de son débiteur, après l'intervention de la Sécurité sociale (assurance obligatoire et/ou complémentaire).

En cas de refus d'une de ces institutions, une attestation justifiée doit être soumise à Allianz Global Assistance, ainsi que les originaux des notes et factures refusées.

8. Subrogation

Allianz Global Assistance est subrogée, jusqu'à concurrence des indemnités payées, dans vos droits et actions contre tiers. Si, par votre fait, la subrogation ne peut pas produire ses effets, Allianz Global Assistance peut vous réclamer la restitution des indemnités payées dans la mesure du préjudice qu'elle a subi.

9. Prescription

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite après trois ans à dater de l'événement qui donne ouverture à l'action.

10. Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées

Allianz Global Assistance collecte, en tant que responsable du traitement, des données à caractère personnel vous concernant et qui sont nécessaires pour assurer la gestion du contrat (appréciation du risque, gestion de la relation commerciale) et d'éventuels sinistres (en ce compris la surveillance du portefeuille et la prévention d'abus et fraudes). En souscrivant le contrat, vous donnez expressément votre consentement au traitement des données relatives à la santé par Allianz Global Assistance dans le cadre des finalités décrites plus haut et – si nécessaire – à la communication de vos données à des tiers (experts, médecins,...).

Vous donnez votre accord pour que votre médecin communique à notre médecin-conseil un certificat établissant la cause du décès.

Vous avez un droit d'accès et de rectification de vos données.

Avertissement:

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

11. Règles juridiques - Pouvoir juridique

Ce contrat est régi par ces Conditions Générales et Particulières, les dispositions de la Loi sur le Contrat d'Assurance Terrestre et la législation belge.

Toute félicitation ou toute plainte concernant nos services peut nous être adressée:

- par courrier à l'attention du service qualité;
- par fax: +32-2-290 65 26;
- par e-mail: quality@allianz-global-assistance.be.

Si, après le traitement de votre plainte par nos services, un désaccord persiste, vous avez une possibilité de recours auprès de l'Ombudsman des Assurances, de Meeûssquare 35, 1000 Bruxelles, info@ombudsman.as, fax: +32-2-547 59 75.

Une procédure judiciaire peut uniquement être traitée par les Tribunaux compétents à Bruxelles.

Outre la possibilité de recourir à une procédure judiciaire, toute plainte relative à ce contrat peut être adressée à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances, Rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles.

12. Vos obligations

Vous devez remplir les obligations suivantes:

12.1. En général

- a. Tous les interventions de secours, les transports et rapatriements sont effectués avec votre accord et sous votre contrôle. La responsabilité des prestations d'assistance revient uniquement à l'assisteur.
- b. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur vous devez prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement de vos frais auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme d'assurance.
- c. Sans attendre, et dans tous les cas dans un délai de 30 jours, fournir tous les renseignements utiles à Allianz Global Assistance et répondre aux questions qui vous sont posées afin d'être en mesure de déterminer les circonstances et l'ampleur des dommages.
- d. Prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter un sinistre. Ensuite, prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou limiter les conséquences négatives d'un sinistre.
- e. Fournir à Allianz Global Assistance les preuves originales des circonstances, des conséquences et de votre sinistre.
- f. Faire constater par un médecin la maladie, ou la blessure en cas d'accident.
- g. Prendre les mesures nécessaires pour fournir à Allianz Global Assistance les informations médicales concernant la personne assurée en question. Permettre aux médecins de Allianz Global Assistance d'avoir accès aux informations médicales concernant la personne assurée en question. Permettre au médecin désigné par Allianz Global Assistance d'examiner la personne assurée en question.
- h. En cas de tentative de vol, de vol ou d'acte de vandalisme, faire dresser immédiatement un procès-verbal par les autorités judiciaires le plus proches du lieu où les faits se sont produits ou ont été constatés par vous.
- i. Si vous bénéficiez d'autres assurances couvrant le même risque, communiquer à Allianz Global Assistance les garanties et l'identité de ces assureurs.
- j. Prendre les mesures nécessaires afin de fournir à Allianz Global Assistance les informations médicales afférentes à la personne concernée. De plus, autoriser les médecins d' Allianz Global Assistance à recueillir les informations médicales afférentes à la personne concernée. Autoriser aussi le médecin désigné par Allianz Global Assistance à examiner la personne concernée.
- k. Tout bénéficiaire doit communiquer immédiatement un décès à Allianz Global Assistance par écrit afin qu' Allianz Global Assistance puisse, si elle le désire, faire procéder à une autopsie par le médecin de son choix avant l'enterrement ou la crémation.

12.2. Pour l'assistance à l'étranger

- a. En cas de sinistre à l'étranger, contacter immédiatement – après avoir reçu les premiers soins d'urgence – Allianz Global Assistance et se conformer à ses instructions : téléphoner au numéro +32 2 773 62 26 ou transmettre votre message par fax au numéro +32 290 61 01.

Toute assistance, chaque frais ou chaque prestation de service donne droit à un indemnisation si l'accord préalable a été demandé à Allianz Global Assistance et si Allianz Global Assistance a donné sa permission.

- b. Dès que possible, et en tout cas dans les 7 jours, communiquer le sinistre par écrit à Allianz Global Assistance.

12.3. Pour l'assistance dans le pays de votre domicile

- a. La demande d'assistance doit être introduite dans les 30 jours après la fin de l'hospitalisation. Toute hospitalisation ne doit pas être communiquée à Allianz Global Assistance.

- b. L'assuré qui veut faire appel à l'assistance doit prévenir Allianz Global Assistance : téléphoner au numéro +32 2 773 62 26 ou faxer au numéro +32 2 290 61 01. Toute assistance, chaque frais ou chaque prestation de service donne droit à une indemnisation si l'accord préalable a été demandé à Allianz Global Assistance et si Allianz Global Assistance a donné sa permission.

- c. L'assuré doit respecter les arrangements faits avec Allianz Global Assistance pour l'organisation de l'assistance.

12.4. Sanctions en cas de non-respect de vos obligations

Si vous manquez à une de vos obligations et qu'une relation existe avec le sinistre, vous perdez votre droit à la prestation d'assurance. Toutefois, dans le cas des articles I.12.1.b., I.12.1.c., I.12.1.d. en I.12.2.a., Allianz Global Assistance peut uniquement réduire sa prestation jusqu'à concurrence du préjudice qu'elle a subi. Le manquement à vos obligations avec intention frauduleuse, l'omission intentionnelle ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.

13. Exclusions

13.1. Sont exclus de la garantie assistance à l'étranger:

- a. Tous sinistres existants avant ou au moment de la prise d'effet de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, et leurs conséquences.
 - b. Toutes circonstances connues ou présentes lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, par lesquelles le sinistre pouvait raisonnablement être attendu.
 - c. Toutes maladies ou accidents existants lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, et leurs conséquences.
- N'est cependant pas exclue: une récidive imprévisible ou une complication imprévisible, après le départ en voyage, d'une maladie existant lors du départ en voyage, si cette maladie était stable durant les 2 mois précédant le départ en voyage, et qu'aucune thérapie n'a été entamée ou adaptée durant les 2 mois précédant le départ en voyage.
- d. Les troubles psychiques, psychosomatiques ou nerveux, sauf s'il y a séjour permanent de plus de 7 jours consécutifs dans une institution de soins de santé (voir aussi l'article I.13.1.c).
 - e. Usage abusif de médicaments, l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'excitants, l'ivresse ou l'alcoolisme.
 - f. Les attitudes irréfléchies, les activités liées à des risques de travail ou d'entreprise particuliers.
 - g. Les voyages aériens, sauf en tant que passager payant d'un appareil agréé pour le transport public de voyageurs.
 - h. La participation à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense.
 - i. Les grèves, les décisions des autorités, la limitation de la libre circulation, les rayonnements radioactifs ou le non-respect volontaire des dispositions légales ou officielles.
 - j. Les guerres, les guerres civiles, les insurrections, les révoltes, les révoltes, d'émeutes, de décisions des autorités, de restriction de la libre circulation, de rayonnement radioactifs, d'explosion, de sabotage, de détournement ou de terrorisme.
 - l. Les épidémies et la quarantaine.
 - m. La grossesse, sauf en cas de complications évidentes et imprévisibles. Tout sinistre après 26 semaines de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse ou l'accouchement et les interventions qui en découlent; et leurs conséquences.
 - n. Tentative de suicide et suicide.
 - o. Les attentats terroristes.
 - p. Catastrophes naturelles.
 - q. Les cures, l'héliothérapie, les traitements diététiques, la médecine préventive, les check-up, les consultations de contrôle ou d'observation périodiques, la contraception, les prothèses, les frais d'optique, les lunettes, les verres de lunettes, les lentilles de contact, les bêquilles, les appareils médicaux, les vaccinations et les vaccins.
 - r. Les interventions ou traitements esthétiques, sauf s'ils sont médicalement nécessaires pour cause de lésion corporelle.
 - s. Les diagnostics, traitements et médicaments, qui ne sont pas reconnus par la sécurité sociale du pays de votre domicile (par exemple : Belgique: INAMI).
 - t. Toutes les conséquences des exclusions mentionnées dans ce contrat.
- 13.2. Sont exclus de la garantie assistance dans le pays de votre domicile : toute hospitalisation qui n'est pas couverte par l'assurance hospitalisation conclue par le preneur d'assurance et gérée par Vanreda Risk & Benefits et les conséquences d'une telle hospitalisation.

14. Assistance organisée par vous-même

L'organisation d'une prestation prévue dans le cadre du présent contrat, ainsi que l'engagement de frais qui y ont trait, par une personne assurée ou son entourage, ne peuvent être indemnisés que si Allianz Global Assistance en a été averti et au préalable et expressément marqué son accord par la communication d'un numéro de dossier.

Dans tous les cas, les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par vous-même ne sont indemnisés qu'après présentation des notes de frais originales et de l'ensemble des éléments qui viennent prouver les faits donnant droit à la garantie.

Les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par vous-même ne sont remboursés qu'à concurrence des montants mentionnés dans les présentes Conditions Générales et dans les limites des frais que Allianz Global Assistance aurait pris à sa charge s'il avait organisé lui-même l'assistance.

15. Comment s'effectue le transport ou le rapatriement de personnes?

Sauf mention contraire, celui-ci se fait par avion en classe économique, ou par train en première classe si la distance est inférieure à 1.000 km, avec le transport nécessaire des ou vers les aéroports ou gares concernés. Allianz Global Assistance vérifie toujours si les moyens de transport initialement prévus peuvent encore être utilisés lors du rapatriement.

16. L'assistance non garantie

Si votre sinistre n'est pas garanti par ce contrat, Allianz Global Assistance peut vous aider par souci humanitaire et sous certaines conditions. Dans ce cas, tous les frais doivent être payés intégralement à Allianz Global Assistance avant l'organisation de l'assistance.

II. ASSISTANCE A L'ETRANGER – Dans le monde entier, mais pas en Belgique et pas dans le pays de votre domicile

Quels services délivre Allianz Global Assistance?

1. Vous payez des frais médicaux, suite à votre maladie ou votre accident, survenu à l'étranger : Allianz Global Assistance peut avancer les frais médicaux, mais ne les prend jamais en charge.

2. Transport local urgent à l'étranger

Allianz Global Assistance intervient pour le transport local à l'étranger, vers le médecin le plus proche ou vers l'hôpital le plus proche afin de recevoir les premiers soins.

3. Frais de recherche et de secours à l'étranger

Allianz Global Assistance rembourse les frais de fonctionnement d'un service de recherche à l'occasion de votre accident ou de votre disparition à concurrence de 5.000 EUR par personne assurée.

4. Votre état de santé en voyage, suite à votre maladie ou votre accident, nécessite un transport ou un rapatriement

a. L'organisation et l'indemnisation de votre transport depuis l'hôpital où vous êtes immobilisé vers votre domicile, vers l'hôpital le plus proche de votre domicile ou vers l'hôpital qui est mieux adapté pour poursuivre votre traitement.

Le transport ou le rapatriement se fait par avion sanitaire, par avion en classe économique, par véhicule d'ambulance, ou par tout autre moyen de transport approprié.

Le rapatriement sera fait sous surveillance médicale si votre état de santé le requiert.

La décision du transport ou du rapatriement, et de sa manière, le choix du moyen de transport et le choix de l'hôpital appartiennent exclusivement au service médical de Allianz Global Assistance, après concertation avec le médecin traitant sur place, en ne prenant en considération que votre état de santé.

b. L'organisation et l'indemnisation du transport d'une personne afin de vous accompagner jusqu'à votre domicile ou jusqu'à l'hôpital.

c. L'organisation et l'indemnisation du rapatriement des membres de la famille qui voyageaient avec vous. S'ils le préfèrent, Allianz Global Assistance indemnise les frais supplémentaires nécessaires afin de pouvoir poursuivre leur voyage, jusqu'à concurrence des frais que Allianz Global Assistance aurait pris en charge pour leur rapatriement.

d. Si, pour des raisons médicales, vous ne pouvez pas vous occuper de votre enfants de moins de 18 ans vous accompagnant, et qu'aucun compagnon de voyage ne peut reprendre cette tâche:

- l'organisation et l'indemnisation du transport aller et retour depuis son domicile d'une personne désignée par la famille ou d'une hôtesse, afin d'aider les enfants de moins de 18 ans durant leur rapatriement;
- l'indemnisation de maximum 1 nuit d'hôtel pour cette personne;
- l'organisation et l'indemnisation du rapatriement des enfants de moins de 18 ans.

5. Vous devez prolonger votre séjour en voyage sur prescription médicale, suite à votre maladie ou votre accident

- L'indemnisation de votre séjour jusqu'à 500 EUR pour vous et une personne;
- l'organisation et l'indemnisation de votre rapatriement et de celui des personnes assurées.

6. Vous devez, en voyage, être hospitalisé suite à votre maladie ou votre accident

6.1. Vous avez moins de 18 ans, et êtes en voyage sans parents:

- l'organisation et l'indemnisation du transport aller et retour de vos parents depuis le pays de leur domicile afin de se rendre à votre chevet à l'hôpital;
 - l'indemnisation d'un hôtel jusqu'à 500 EUR pour vos parents.
- 6.2. Vous devez séjourner plus de 5 jours à l'hôpital et vous voyagez seul:
- l'organisation et l'indemnisation du transport aller et retour, depuis le pays de son domicile, d'une personne désignée par vous ou d'un membre de famille, afin de se rendre à votre chevet à l'hôpital;
 - l'indemnisation d'un hôtel jusqu'à 500 EUR pour cette personne.
- 6.3. Pour des raisons médicales, vous ne pouvez pas vous occuper de vos enfants de moins de 18 ans vous accompagnant, et aucun compagnon de voyage ne peut reprendre cette tâche: la couverture de l'article II.4.d est d'application.

7. **Décès à l'étranger d'une personne assurée**

- a. L'indemnisation du rapatriement de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation dans le pays du domicile, y compris également le cercueil de zinc, l'embaumement et les frais de douane.
- b. L'indemnisation du traitement post-mortem et la mise en bière. L'indemnisation du cercueil jusqu'à 620 EUR/personne assurée. En aucun cas, les frais de cérémonie funéraire et d'inhumation ne sont pris en charge par Allianz Global Assistance.
- c. Si à l'étranger, l'assuré est inhumé ou incinéré sur place, Allianz Global Assistance prend en charge:
- Les frais de traitement funéraire est de mise en bière.
 - Les frais de cercueil à concurrence de 620 EUR.
 - Les frais de transport sur place de la dépouille mortelle.
 - Les frais d'inhumation ou d'incinération, à l'exclusion des frais de cérémonie.
 - Les frais de rapatriement de l'urne.
 - Les frais de transport d'une personne de la famille.
 - En ce cas, l'ensemble des frais à charge de Allianz Global Assistance ne peut excéder ceux qu'elle aurait engagés pour rapatrier la dépouille mortelle au pays de votre domicile.
- d. L'organisation et l'indemnisation du rapatriement des personnes assurées.

8. **Vos médicaments, vos lunettes ou prothèses sont perdus, cassés, ou volés, à l'étranger:**

L'organisation de leur remplacement et l'indemnisation de leur envoi. Ceci à condition qu'ils soient indispensables, que des alternatives équivalentes ne soient pas disponibles sur place à l'étranger, et qu'ils aient été prescrits par un médecin. Les médicaments et prothèses doivent être reconnus par la sécurité sociale belge.

Néanmoins, vous devez obtenir l'accord préalable du service médical de Allianz Global Assistance et l'intervention peut être refusée si elle est en contradiction avec la législation locale. Le prix d'achat de ces objets doit être remboursé à Allianz Global Assistance dans les 30 jours suivant leur paiement.

9. **Vous devez abandonner votre chien ou votre chat à l'étranger:**

Dans le cas d'un rapatriement ou d'un transport assuré par ce contrat et si aucun compagnon de voyage ne peut ramener ces animaux: l'organisation et l'indemnisation du transport de ces animaux qui vous accompagnent, jusqu'à 190 EUR. Les frais de quarantaine et/ou de vétérinaire nécessaires pour le transport restent à votre charge.

10. **Vous désirez transmettre un message urgent:**

Si, en cas de votre maladie ou accident, vous désirez transmettre depuis l'étranger un message urgent à votre famille ou à des personnes de votre entourage immédiat dans le pays de votre domicile, Allianz Global Assistance fait le nécessaire pour transmettre ce message aux personnes concernées.

III. **ASSISTANCE DANS LE PAYS DE VOTRE DOMICILE (PENDANT ET APRES HOSPITALISATION)**

Allianz Global Assistance offre l'assistance décrite ci-dessous dans le pays de votre domicile pendant et après une hospitalisation couverte par l'assurance hospitalisation souscrite par le preneur d'assurance et gérée par Vanbreda Risk & Benefits.

La demande d'accès aux services doit se faire au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation.

1. **Pendant l'hospitalisation**

Sauf si stipulé différemment, Allianz Global Assistance prend en charge 5 prestations au maximum par

année de couverture, avec un maximum de 4 heures par prestation.

1.1 Aide familial :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de s'occuper de l'entretien de la maison.

1.2 Garde des enfants :

Si une personne assurée est hospitalisée et ne peut plus faire appel à quelqu'un d'autre pour garder les enfants jusqu'à 16 ans, Allianz Global Assistance organise et prend en charge la garde des enfants.

1.3 Garde de chiens et chats :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge la garde des chiens ou chats à conditions qu'ils ont reçu les vaccinations obligatoires.

1.4 Transport à l'hôpital et visite :

Si, à cause d'une hospitalisation couverte, la personne assurée doit se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, Allianz Global Assistance organise et prend en charge le transport de la personne assurée jusqu'à l'hôpital le plus proche, sous surveillance médicale si nécessaire.

Et si, à la fin de l'hospitalisation, la personne assurée ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, Allianz Global Assistance organise et prend en charge le transport au domicile.

Suite à une hospitalisation couverte, Allianz Global Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour vers l'hôpital des parents, de l'époux/épouse ou des enfants pour se rendre à la personne assurée hospitalisée.

La prise en charge de Allianz Global Assistance des coûts de transport décrits ci-dessus se limite à trois déplacements aller et retour pendant une période d'hospitalisation et avec un maximum de 250 EUR par année d'assurance et par personne assurée.

2. Après l'hospitalisation

Sauf si stipulé différemment, Allianz Global Assistance prend en charge 5 prestations au maximum par année d'assurance, avec un maximum de 4 heures par prestation.

2.1 Aide familial :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère si la personne assurée n'est pas en état de s'occuper de l'entretien de la maison.

2.2 Livraison des achats de premières nécessités :

Allianz Global Assistance organise la livraison des médicaments sur prescription médicale et/ou produits alimentaires nécessaires si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de s'en occuper elle-même et il n'y pas d'autres personnes disponibles.

Le prix d'achat reste à charge de l'assuré.

2.3 Garde des enfants :

Si une personne assurée est hospitalisée et ne peut plus faire appel à quelqu'un d'autre pour garder les enfants jusqu'à 16 ans, Allianz Global Assistance organise et prend en charge la garde des enfants.

2.4 Garde de chiens et chats :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge la garde des chiens ou chats à condition qu'ils ont reçu les vaccinations obligatoires.

2.5 Soins postnataux :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge une sage-femme après l'hospitalisation.

2.6 Transport de la personne assurée et ses enfants :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour des enfants de moins de 16 ans à l'école si la personne assurée se trouve dans l'incapacité de s'en occuper elle-même à cause de l'hospitalisation. Allianz Global Assistance organise et prend en charge le transport aller et retour de la personne assurée à l'hôpital ou à un centre médical pour les visites de contrôle si la personne assurée n'est pas en état en conséquence de l'hospitalisation.

La prise en charge de Allianz Global Assistance des coûts de transport décrits ci-dessus se limite à trois déplacements aller et retour pendant une période d'hospitalisation et avec un maximum de 250 EUR par année d'assurance et par personne assurée.

3. Assistance supplémentaire

3.1 Assistance psychologique :

Allianz Global Assistance organise et prend en charge une première assistance psychologique qui serait nécessaire à l'occasion d'un traumatisme psychologique.

Cette assistance se fait par téléphone. Si nécessaire Allianz Global Assistance orientera l'assuré vers une institution spécialisée.

3.2 Numéros de contacts pour les soins post-hospitalisation :

Allianz Global Assistance prévoit la personne assurée des coordonnées des institutions suivantes :

- Institutions de soins paramédicales;

- Pharmacie et médecin de garde ;
- Institutions de soins à domicile ;
- Loueurs de matériaux médicaux.

IV. FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER

Si vous devez payer des frais médicaux suite à une maladie ou à un accident, apparue ou survenu à l'étranger, Allianz Global Assistance prend en charge le montant prévu au présent article, après déduction des indemnités auxquelles vous avez droit auprès de la Sécurité sociale, votre Mutualité ou tout autre assureur qui couvre ce risque.

Quel que soit le nombre de contrats conclus auprès de Allianz Global Assistance, le montant assurable maximal est de 125.000 EUR/personne assurée dans le cas de la garantie « frais médicaux à l'étranger ».

AGA-VANBREDA-03 03/2015

CONDITIONS GENERALES FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER ASSURANCE HOSPITALISATION VANBREDA RISK & BENEFITS SA

CHAPITRE I DISPOSITIONS COMMUNES

1. Définitions

Dans le présent contrat, les termes suivants ont la signification qui leur est donnée ci-dessous:

1.1. L'assureur:

AGA International S.A. – Belgian branch (dénommé dans le texte: Allianz Global Assistance), Rue des Hirondelles 2 à 1000 Bruxelles, agréée sous le numéro 2769 – numéro d'entreprise: 0837.437.919.

1.2. Le preneur d'assurance:

La personne physique ou morale qui a conclu le présent contrat et dont le domicile, pour la personne physique, et le siège, pour la personne morale, est situé en Belgique.

1.3. Les personnes assurés:

Les personnes physiques, bénéficiaires de assurance hospitalisation conclue par le preneur d'assurance et gérée par Vanbreda Risk & Benefits. Les personnes physiques assurées doivent être domiciliées en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne, en France ou au Luxembourg et y séjourner habituellement pendant au moins 9 mois par an.

Dans les Conditions Générales, les personnes assurées sont désignées par les termes "vous" ou "votre".

Pour les personnes domiciliées dans un autre pays que la Belgique, les mots "la Belgique" sont systématiquement remplacés par le pays de votre domicile.

1.4. Votre domicile-habitation:

Votre lieu de domicile, devant être situé en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne, en France ou Luxembourg.

1.5. Maladie:

Un trouble de l'état de santé, imputable à une autre cause qu'un accident, qui a été constaté et diagnostiqué par un médecin.

1.6. Accident:

Un événement soudain et extérieur, indépendant de votre volonté, causant une lésion corporelle constatée et diagnostiquée par un médecin.

1.7. Frais médicaux:

S'ils sont la conséquence d'une prescription d'un médecin ou d'un dentiste:

- les honoraires médicaux à l'étranger suite à la maladie ou suite à l'accident pour lequel vous êtes hospitalisé;
- les frais de traitement et de séjour en cas d'hospitalisation à l'étranger;
- les frais de médicaments à l'étranger suite à la maladie ou suite à l'accident pour lequel vous êtes hospitalisé;
- les frais de soins dentaires à concurrence de 250 EUR/personne assurée/sinistre;
- les frais de kinésithérapie à concurrence de 250 EUR/personne assurée/sinistre à l'étranger suite à la maladie ou suite à l'accident pour lequel vous êtes hospitalisé.

2. Correspondance et communications

Toute communication doit être faite à Allianz Global Assistance, Rue des Hirondelles 2 à 1000 Bruxelles.

3. Objet du présent contrat

Dans les limites des conditions, des modalités et des montants spécifiés dans les Conditions Générales et particulières, le présent contrat garantit le paiement des montants prévus. La responsabilité de Allianz Global Assistance ne peut être engagée en cas de retards ou de non-exécution des services convenus pour autant que ces retards ou cette non-exécution soient dus à: cas de force majeure, événement imprévisible, grève, guerre civile, guerre, émeute, insurrection, décision des autorités, restriction de la libre circulation, rayonnement radioactif, explosion, sabotage, détournement ou terrorisme.

4. Territorialité

A l'étranger dans le monde entier à l'exclusion de la Belgique et à l'exclusion du pays de votre domicile.

5. Versement de la prime

Le paiement de la prime équivaut à la prise de connaissance et à l'acceptation des présentes Conditions Générales.

La prime doit être payée à l'échéance à Allianz Global Assistance, la couverture ne commence dans tous les cas qu'après le paiement de la première prime.

En cas de non-paiement de la prime, les intérêts légaux sont dus à compter de la date d'échéance.

En outre, en cas de non-paiement de la prime, les dispositions prévues en la matière par la loi belge sur le contrat d'assurance terrestre sont d'application.

6. Durée du présent contrat – la garantie

6.1. Le présent contrat:

La durée du contrat est de 1 an, il est reconduit tacitement pour des périodes consécutives de 1 an sauf si l'une des parties s'y oppose au moins 3 mois avant son échéance conformément aux dispositions de l'article CHAPITRE I, 6.3.2.

6.2. La garantie:

La garantie prend cours à 0 heure à la date mentionnée dans les Conditions Particulières. Dans tous les cas, la garantie ne commence que le lendemain de la réception par Allianz Global Assistance du contrat dûment signé par le preneur d'assurance et quoi qu'il en soit au plus tôt après le paiement de la première prime par le preneur d'assurance.

La garantie n'est d'application à l'étranger et en dehors de la Belgique que pendant les trois premiers mois de votre séjour à cet endroit.

6.3. Résiliation

6.3.1. Allianz Global Assistance peut adapter la prime ou les conditions d'assurance sans modification du risque.

Dans ce cas, le preneur d'assurance peut toujours résilier le contrat dans les 3 mois qui suivent la réception de l'avis de modification.

Si le preneur donne son préavis dans ce délai de réflexion de 3 mois et si la notification est faite après la date d'échéance du contrat, le préavis est 1 mois.

6.3.2. La résiliation doit s'effectuer par lettre recommandée, par lettre de préavis contre accusé de réception ou par exploit d'huissier. Sauf dans les cas prévus à l'article CHAPITRE I, 6.1., cette résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai de 3 mois à compter du jour suivant la remise à la poste, la réception ou la notification. Les primes versées pour la période suivant la prise d'effet de la résiliation sont remboursées dans les quinze jours à compter de cette prise d'effet.

7. Montants assurables maximaux

Quel que soit le nombre de contrats conclus auprès d'Allianz Global Assistance, le montant assurable maximum est: 125.000 EUR/personne assurée/sinistre dans le cas de la garantie frais médicaux à l'étranger.

La prise en charge par Allianz Global Assistance des montants susmentionnés est de nature complémentaire. Cela signifie que Allianz Global Assistance n'assume que le solde de ces frais qui restent à charge de la personne assurée ou de son débiteur, après l'intervention de la Sécurité sociale (assurance obligatoire et/ou complémentaire).

En cas de refus d'une de ces institutions, une attestation justifiée doit être soumise à Allianz Global Assistance, ainsi que les originaux des notes et factures refusées.

8. Subrogation

Allianz Global Assistance est subrogé à concurrence des indemnités payées dans vos droits et vos créances contre des tiers. Si, par votre fait, la subrogation ne peut pas produire ses effets, Allianz Global Assistance peut vous réclamer la restitution des indemnités payées dans la mesure du préjudice que Allianz Global Assistance a subi.

9. Enrichissement

Les prestations fournies et/ou le paiement des montants prévus en exécution du présent contrat ne peuvent jamais constituer une source d'enrichissement pour le bénéficiaire.

10. Frais médicaux à l'étranger payés par vous-même

L'organisation d'une prestation prévue dans le cadre du présent contrat, ainsi que l'engagement de frais qui y ont trait, par une personne assurée ou son entourage, ne peuvent être indemnisés que si Allianz Global Assistance en a été averti et a au préalable et expressément marqué son accord par la communication d'un numéro de dossier.

Dans tous les cas, les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par vous-même ne sont indemnisés qu'après présentation des notes de frais originales et de l'ensemble des éléments qui viennent prouver les faits donnant droit à la garantie.

Les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par vous-même ne sont remboursés qu'à concurrence des montants mentionnés dans les présentes Conditions Générales et dans les limites des frais que Allianz Global Assistance aurait pris à sa charge s'il avait organisé lui-même l'assistance.

11. Prescription

Toute créance découlant du présent contrat est prescrite après trois ans à compter de la date de l'événement qui fait naître la créance.

12. Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées:

Le maître des fichiers est Allianz Global Assistance. Les données sont collectées afin d'assurer la gestion de ce contrat et d'éventuels dossiers sinistres. Vous avez droit d'accès et de rectification de ces données. Vous avez aussi la possibilité d'obtenir des informations complémentaires auprès du registre public de la Commission pour la Protection de la Vie Privée (n° d'identification VT4003753 et VT4003754).

Vous accordez à Allianz Global Assistance l'autorisation, uniquement afin d'assurer la gestion de ce contrat et d'éventuels dossiers sinistres, de traiter les informations sensibles, médicales ou juridiques vous concernant, et de les communiquer à des tiers (Loi du 8.12.1992).

Vous donnez aussi à votre médecin l'accord de transmettre, en cas de décès, un certificat établissant la cause du décès au médecin-conseil de Allianz Global Assistance (Loi du 25.6.1992).

13. Règles juridiques – Pouvoir juridique

Ce contrat est régi par ces Conditions Générales et Particulières, les dispositions de la Loi sur le Contrat d'Assurance Terrestre et la Législation belge. Toute félicitation ou toute plainte concernant nos services peut nous être adressée:

- par courrier à l'attention du service qualité;
- par fax: +32-2-290 65 26;
- par e-mail: quality@allianz-assistance.be.

Si, après le traitement de votre plainte par nos services, un désaccord persiste, vous avez une possibilité de recours auprès de l'Ombudsman des Assurances, de Meeûssquare 35, 1000 Bruxelles, info@ombudsman.be, fax +32-2-547 59 75.

Une procédure judiciaire peut uniquement être traitée par les Tribunaux compétents à Bruxelles.

Outre la possibilité de recourir à une procédure judiciaire, toute plainte relative à ce contrat peut être adressée à la F.S.M.A., Rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles.

14. Vos obligations

Hormis celles qui découlent des dispositions des présentes Conditions Générales, vos obligations sont les suivantes:

14.1. La communication d'un sinistre:

En cas de sinistre, contacter immédiatement – après avoir reçu les premiers soins d'urgence – Allianz Global Assistance et se conformer à ses instructions: téléphoner au numéro +32 2 773 62 26 ou transmettre votre message par fax au numéro +32 2 290 61 01.

14.2. La fourniture de renseignements utiles:

Sans attendre, et dans tous les cas dans un délai de 30 jours, fournir tous les renseignements utiles à Allianz Global Assistance et répondre aux questions qui vous sont posées afin d'être en mesure de déterminer les circonstances et l'ampleur des dommages.

14.3. Prévention de sinistres:

Prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter un sinistre. Ensuite, prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou limiter les conséquences négatives d'un sinistre.

14.4. Autres assurances:

14.4.1. Si vous bénéficiez d'autres assurances couvrant le même risque, communiquer à Allianz Global Assistance les garanties et l'identité de ces assureurs.

14.4.2. Tant en Belgique que pendant votre séjour à l'étranger, prendre les mesures nécessaires pour pouvoir obtenir le remboursement de vos frais auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme d'assurance et rembourser ces frais à Allianz Global Assistance s'il les a avancés.

14.5. En cas de lésion physique:

Faire constater par un médecin la maladie, ou la blessure en cas d'accident.

Ensuite, prendre les mesures nécessaires pour fournir à Allianz Global Assistance les informations médicales concernant la personne assurée en question. En outre, permettre aux médecins d'Allianz Global Assistance d'avoir accès aux informations médicales concernant la personne assurée en question.

Enfin, permettre au médecin désigné par Allianz Global Assistance d'examiner la personne assurée en question.

14.6. En cas de décès:

Tout bénéficiaire est tenu de communiquer sur-le-champ un décès à Allianz Global Assistance par écrit afin que ce dernier puisse, s'il le souhaite, faire effectuer une autopsie par un médecin de son choix avant l'enterrement ou la crémation.

14.7. Sanctions en cas de non-respect de vos obligations:

Si vous ne respectez pas l'une de vos obligations et s'il existe un lien avec le sinistre, vous perdez vos droits à l'assistance.

Toutefois, dans les cas prévus aux articles CHAPITRE I, 14.1., 14.2., 14.3. et 14.4.2., Allianz Global Assistance n'est autorisé à réduire ses prestations que du préjudice subi par lui.

Le non-respect de vos obligations à des fins frauduleuses, l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans une déclaration entraîne systématiquement la perte de l'ensemble de vos droits à l'assistance.

15. Exclusions et restrictions

15.1. Tous sinistres existant avant ou au moment de la prise d'effet de la garantie en question ou au moment du départ en voyage et leurs conséquences.

15.2. Toutes circonstances connues ou présentes au moment de la prise d'effet de la garantie en question ou au moment du départ en voyage, par lesquelles le sinistre pouvait raisonnablement être anticipé.

15.3. Toute maladie ou tout accident, existant lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée, et leurs conséquences.

N'est cependant pas exclue: une récidive imprévisible ou une complication imprévisible, après le moment du départ en voyage, d'une maladie existant lors du moment du départ en voyage, pour autant que cette maladie soit stable durant les deux mois précédant le moment du départ en voyage, et qu'aucune thérapie n'ait été entamée ou adaptée durant les deux mois précédant le moment du départ en voyage.

15.4. Les troubles psychiques, psychosomatiques ou nerveux, sauf s'il y a séjour permanent de plus de 7 jours consécutifs dans une institution de soins de santé au moment du sinistre (cf. aussi article CHAPITRE I, 15.3.).

15.5. L'usage abusif de médicaments, la consommation de drogues, de stupéfiants ou d'excitants, l'ivresse ou l'alcoolisme.

15.6. Un comportement inconsidéré et des activités impliquant des risques particuliers de travail ou d'entreprise.

15.7. Les voyages par les airs, sauf comme passager payant à bord d'un appareil agréé pour le transport public de passagers.

15.8. La participation à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense.

15.9. La participation, à titre professionnel ou dans le cadre d'un contrat rémunéré, à un sport, à une compétition ou à des entraînements. En outre, toute participation à un sport ou à une compétition avec véhicules automoteurs (essais, compétitions, rallyes, raids, etc.) et les entraînements.

15.10. Les grèves, les décisions des autorités, la limitation de la libre circulation, les rayonnements radioactifs ou le non-respect volontaire des dispositions légales ou officielles.

15.11. Les guerres, les guerres civiles, les insurrections, les révolutions ou les émeutes.

15.12. La responsabilité de Allianz Global Assistance ne peut être engagée en cas de retard ou de non-exécution des services convenus pour autant que ce retard ou cette non-exécution soient dus à:cas de force majeure, événement imprévisible, grève, guerre civile, guerre, émeute, insurrection, décision des autorités, restriction de la libre circulation, rayonnement radioactif, explosion, sabotage, détournement ou terrorisme.

15.13. Tentative de suicide et suicide.

15.14. Les attentats terroristes.

15.15. Les épidémies.

15.16. Les catastrophes naturelles.

15.17. Cures, héliothérapie, régimes, médecine préventive, check-up, examens périodiques de contrôle ou examens d'observation, contraception, prothèses, frais optiques, lunettes, verres de lunettes, lentilles, bâquilles, appareils médicaux, vaccinations et vaccins.

15.18. Les opérations ou les traitements esthétiques à moins qu'ils ne soient médicalement nécessaires en raison d'une lésion physique à la suite d'un accident.

15.19. Diagnostic, traitement et médication, qui ne sont pas reconnus par la Sécurité sociale (Belgique:I.N.A.M.I.).

15.20. Grossesse, sauf en cas de complications claires et imprévisibles. Tous les sinistres après 26 semaines de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse ou l'accouchement et les interventions qui peuvent en découler et leurs conséquences sont en tous les cas exclus de la garantie.

15.21. Toutes les conséquences des exclusions mentionnées dans le présent contrat.

CHAPITRE II FRAIS MEDICAUX A L'ETRANGER

Si vous devez payer des frais médicaux suite à une maladie ou à un accident, apparue ou survenu à l'étranger, Allianz Global Assistance prend en charge le montant prévu au présent article, après déduction des indemnités auxquelles vous avez droit auprès de la Sécurité sociale, votre Mutualité ou tout autre assureur qui couvre ce risque.

Le total de ces paiements a été limité à un maximum de 125.000 EUR/personne assurée/sinistre.