

**ASSURANCE COLLECTIVE
HOSPITALISATION
FONCTION PUBLIQUE**

Conditions générales

Ref

2007FH03ING

2027FG03ING

ASSURANCE COLLECTIVE HOSPITALISATION

table des matières

CHAPITRE 1. NOTIONS.....	3
1.1 CONTRAT	3
1.2 PRENEUR D'ASSURANCE.....	3
1.3 ASSURÉ(S).....	3
1.4 BÉNÉFICIAIRE	3
1.5 AFFILIATION	3
1.6 CONTINUATION INDIVIDUELLE.....	4
1.7 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	4
1.8 COMPAGNIE.....	4
1.9 ANNÉE D'ASSURANCE	4
1.10 MALADIE.....	4
1.11 ACCIDENT	4
1.12 ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER.....	5
1.13 HOSPITALISATION.....	5
1.14 SOINS AMBULATOIRES	5
1.15 PRÉ- ET POSTHOSPITALISATION	5
1.16 FRAIS DE TRANSPORT	5
1.17 INDEMNITÉ	6
1.18 MÉDICAMENTS.....	6
1.19 PROTHÈSE	6
1.20 APPAREILS ET ACCESSOIRES ORTHOPÉDIQUES	6
1.21 TRAITEMENT ET SOINS MÉDICAUX.....	7
1.22 FRANCHISE.....	8
1.23 DÉLAI D'ATTENTE	8
CHAPITRE 2. GARANTIE.....	9
CHAPITRE 3. LIMITATIONS	9
CHAPITRE 4. GARANTIES MAXIMALES ET LIMITES.....	11
CHAPITRE 5. DECLARATION ET DÉLAI DE TRAITEMENT DES SINISTRES	11
CHAPITRE 6. REGLEMENT DU SINISTRE.....	11
CHAPITRE 7. CONTROLE MEDICAL.....	12
CHAPITRE 8. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET PAIEMENT DE LA PRIME.....	13
CHAPITRE 9. DUREE DU CONTRAT	13
CHAPITRE 10. OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE EN CAS DE RESILIATION	13
CHAPITRE 11. MODIFICATION DES CONDITIONS	14
CHAPITRE 12. IMPOTS ET FRAIS.....	14
CHAPITRE 13. ETENDUE TERRITORIALE	14
CHAPITRE 14. LITIGES	14
CHAPITRE 15. AUTRES ASSURANCES	14
CHAPITRE 16. DECLARATIONS.....	15
CHAPITRE 17. DECHEANCE	15
CHAPITRE 18. RECOURS.....	15
CHAPITRE 19. DOMICILE ET CORRESPONDANCE	15
CHAPITRE 20. CLAUSE FINALE	15

Chapitre 1. NOTIONS

1.1 Contrat

Le contrat est constitué par le contenu des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières et des avenants éventuels.

1.2 Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat avec la compagnie, soit un Ministère fédéral soit un Organisme d'utilité publique, soit leur service social, appelé le service souscripteur.

1.3 Assuré(s)

Les personnes physiques sur la tête desquelles repose le risque de survenance de l'événement assuré telles que définies aux conditions particulières

L'âge pris en compte est celui atteint au 31 décembre de l'année d'assurance à 24H.

Est considéré comme conjoint : l'époux/se ;

Est considéré comme assimilé : le partenaire cohabitant.

1.4 Bénéficiaire

La personne en faveur de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance.

1.5 Affiliation

L'affiliation est facultative pour les membres du personnel et les autres assurés

1.6 Continuation individuelle

Peuvent poursuivre une couverture hospitalisation en police individuelle aux conditions générales et tarif en vigueur à cette date, en tenant compte de l'âge des assurés :

- assuré qui quitte le service du preneur d'assurance, ainsi que les membres de son ménage assurés au présent contrat à cette date;
- les enfants qui ne sont plus à charge ou qui n'ont plus droit aux allocations familiales;
- les époux séparés de corps et de biens et les ex-partenaires après la fin de leur cohabitation

Pour cette prolongation individuelle, aucune de ces personnes ne sera soumise à de nouvelles formalités médicales ou de nouveaux délais d'attente si la demande de continuation parvient à l'assureur dans les deux mois qui suivent la fin de l'affiliation à la présente convention. La date d'affiliation au présent contrat sera déterminante pour l'application des conditions relatives aux états préexistants et aux délais d'attente éventuels.

1.7 Renseignements médicaux

Les formalités médicales à l'affiliation sont stipulées aux conditions particulières du contrat. Aucune formalité médicale n'est exigée pour les nouveaux affiliés bénéficiant jusqu'au jour de l'affiliation au présent contrat d'une couverture du risque hospitalisation équivalente.

En cas d'affiliation tardive, l'affiliation est toujours subordonnée à la réception par la compagnie d'un questionnaire médical.

Les conditions dérogatoires éventuelles à la suite de ces formalités seront, par affilié concerné, certifiées par un avenant. Tant que les formalités médicales n'ont pas été remplies, la garantie reste limitée au risque "accidents".

Il convient d'entendre

- par affiliation tardive, toute demande que la compagnie reçoit plus de 2 mois après la date de l'événement qui lui ouvre le droit à l'affiliation (date d'entrée en service, mariage, début de cohabitation légale, naissance) ;
- par assurance similaire, toutes polices d'assurance qui comprennent au moins les garanties suivantes: couverture "hospitalisation", couverture "frais ambulatoires pendant la période pré- et posthospitalisation" et couverture "maladies graves".

Dans tous les autres cas, un questionnaire médical sera demandé à l'affiliation.

1.8 Compagnie

L'entreprise d'assurance auprès de laquelle le contrat est souscrit, ING Insurance sa.

1.9 Année d'assurance

Une année d'assurance débute le 1er janvier et se termine le 31 décembre d'une même année.

1.10 Maladie

Toute atteinte à la santé, autre que celle provenant d'un accident, constatée par un médecin pouvant légalement exercer sa profession, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

1.11 Accident

Tout événement soudain et anormal causé par une force extérieure et ayant comme conséquence directe une lésion corporelle objective. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.

1.12 Etablissement hospitalier

Etablissement public ou privé, légalement reconnu et établi en Belgique, organisé pour dispenser des soins de santé et/ou des soins palliatifs et/ou, à tout moment, des examens médicaux spécialisés ou des traitements médicaux, chirurgicaux et obstétricaux peuvent être pratiqués dans un contexte pluridisciplinaire.

Ne sont pas considérés comme établissements hospitaliers:

- les établissements ou départements hospitaliers spécialisés ayant été agréés comme maisons de repos ou de soins;
- les établissements psychiatriques fermés, les habitations protégées et les maisons de passage;
- les établissements médico-pédagogiques;
- les établissements exclusivement destinés à l'hébergement de personnes âgées ou convalescentes ou d'enfants;
- les établissements essentiellement destinés à des cures, sauf si le traitement revêt un caractère thérapeutique sur lequel la compagnie a marqué préalablement son accord.
- les sanatoria, sauf s'il s'agit de traitements concernant la tuberculose.

1.13 Hospitalisation

Séjour médicalement nécessaire d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier

La couverture est étendue au concept de "clinique de jour". Il est donc prévu une dérogation au critère d'hospitalisation d'une nuit au moins, pour autant qu'il s'agisse de prestations dans le cadre d'un des forfaits prévus dans l'Accord National conclu entre les hôpitaux et l'INAMI ou en cas d'utilisation de la salle de plâtrage.

1.14 Soins ambulatoires

Soins de santé prodigués en dehors de l'hospitalisation.

1.15 Pré- et posthospitalisation

Les périodes de pré- et posthospitalisation sont respectivement la période d'un mois avant et de trois mois après une hospitalisation garantie.

1.16 Frais de transport

Les frais de transport en cas d'hospitalisation d'urgence par une ambulance légalement agréée, pour aller à l'hôpital et en revenir, ainsi que les frais de transports entre deux institutions de soins en Belgique à la demande de l'assuré ou de son médecin traitant

Dans le cadre de la garantie maladie grave, le remboursement des frais de transport est limité à 125,00 EUR,- par assuré par an.

1.17 Indemnité

a. Indemnité légale

1) Travailleurs salariés

Il convient d'entendre par indemnité légale, toute intervention légale dans les frais médicaux ou autres prévue par la Législation Sociale Belge qui s'applique aux travailleurs salariés.

Il convient d'entendre par Législation Sociale Belge pour les travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident:

- la législation relative à l'Assurance Obligatoire contre les Maladies et l'Invalidité
- la législation relative aux accidents du travail
- la législation relative aux maladies professionnelles.

Il convient d'entendre par intervention légale:

- en ce qui concerne les frais exposés en Belgique: tout remboursement par la Législation Sociale Belge applicable aux travailleurs salariés;
- pour les frais exposés à l'étranger: tout remboursement prévu par un contrat conclu avec le pays en question en matière de sécurité sociale pour les employés ou à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la Législation Sociale Belge pour employés.

2) Indépendants

Pour déterminer le montant de l'indemnité légale, l'assuré est présumé:

- être affilié à une mutualité,
- être assuré tant pour l'Assurance Obligatoire contre la Maladie ou l'Invalidité que pour l'assurance libre facultative dans le régime des indépendants.

3) Dispositions et modalités applicables aux deux catégories

Pour la détermination de l'indemnité légale, l'assuré est présumé avoir effectué des paiements de cotisations dans les deux régimes; il est également entendu que le délai d'attente applicable auprès de la mutualité ait expiré.

b. Autre indemnité

Toute indemnité relative aux frais médicaux ou autres, prévue par une assurance quelconque.

1.18 Médicaments

Les produits pharmaceutiques cliniquement éprouvés, scientifiquement et officiellement reconnus, prescrits par un médecin agréé et délivrés par un pharmacien établi en Belgique, sauf pour les médicaments délivrés durant une hospitalisation à l'étranger.

Le produit doit être enregistré comme tel par le Ministère qui a la Santé Publique dans ses attributions.

1.19 Prothèse

Appareil destiné à diminuer le handicap résultant d'une perte anatomique ou fonctionnelle.

Cette perte doit être consécutive à une intervention chirurgicale ou à une lésion neurologique ou traumatique.

Les frais prouvés sont couverts, à l'exception des frais de remplacement, d'entretien et de réparation et des pièces de rechange de prothèses externes

1.20 Appareils et accessoires orthopédiques

Accessoires ou appareils destinés à corriger les difformités du corps.

Sont uniquement considérés comme tels, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin: les verres de lunettes, les lentilles de contact, les appareils auditifs, les bandages herniaires, les appareils plâtrés, les béquilles et les appareils facilitant la marche.

Les frais prouvés sont couverts, à l'exception des frais de remplacement, d'entretien et de réparation ainsi que des pièces de rechange.

1.21 Traitement et soins médicaux

L'ensemble des moyens médicaux, médico-techniques, thérapeutiques, infirmiers et paramédicaux, à condition que ces traitements aient été prescrits par un médecin et soient utilisés dans le but d'améliorer ou de stabiliser l'état de santé de l'assuré.

Ne sont pas considérés comme traitements ou soins médicaux, notamment:

- les traitements qui ne sont pas suffisamment cliniquement éprouvés et qui ne sont pas officiellement reconnus par la science médicale en Belgique;
- les traitements esthétiques ou de rajeunissement, sauf si ces traitements sont consécutifs à un accident;
- les traitements maxillo-faciaux, sauf si ces traitements sont consécutifs à un accident; dans ce cas ne seront acceptés que les traitements maxillo-faciaux ayant été effectués dans les deux ans suivant l'accident;
- les traitements dentaires, sauf si ces traitements sont délivrés en milieu hospitalier et sont en rapport direct avec l'hospitalisation, pour autant qu'une intervention légale soit prévue pour ces prestations et que l'intervention en milieu hospitalier soit médicalement nécessaire.
- les traitements contraceptifs au sens de stérilisation;
- l'interruption volontaire de la grossesse;
- la recherche des causes de la stérilité, éventuellement suivie d'une insémination artificielle, de techniques de fécondation in vitro ou d'autres traitements de la fécondité;
- les traitements par homéopathie, acupuncture et ostéopathie, par thérapie manuelle et chiropraxie ou par d'autres méthodes de médecine alternative qui ne sont pas reconnues officiellement;
- les traitements dans un établissement de cure, de thermalisme, de convalescence ou de santé, sauf si le traitement revêt un caractère thérapeutique.
- l'internement de l'assuré;
- les traitements d'une affection psychique, psychiatrique ou mentale, sauf si l'intervention est due dans le cadre d'une hospitalisation ininterrompue de 12 mois minimum, à partir du premier jour donnant droit à remboursement.
- l'assistance, la garde, les soins et l'entretien.

1.22 Franchise

On entend par franchise la partie des frais remboursables restant à charge de l'assuré par année d'assurance.

La franchise n'est applicable qu'aux seules garanties "Hospitalisation" et "Pré- et posthospitalisation" si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle. Ladite franchise s'élève alors à un montant de 75,00 EUR.

Il n'y a pas de franchise pour:

- les garanties « maladies graves » et « pré- et posthospitalisation » ;- la chambre individuelle si l'affilié a opté pour une chambre commune, et s'il fournit la preuve écrite de cette demande y compris la raison du refus de la chambre commune.

En outre, la franchise ne sera soustraite qu'une seule fois dans les cas suivants:

- plusieurs assurés du même ménage étant impliqués dans le même accident;
- en matière de frais d'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant, à condition que le ménage entier soit assuré;
- une hospitalisation qui prend effet dans les 15 jours qui précèdent la fin de l'année d'assurance et qui se termine dans les 30 jours suivant le début de la nouvelle année d'assurance.

1.23 Délai d'attente

Le délai d'attente est la période entre l'acceptation du risque par la compagnie et le début de la couverture

Aucun délai d'attente n'est prévu pour :

- les accidents;
- les maladies contagieuses suivantes si elles sont médicalement constatées pour la première fois après la souscription de l'assuré: oreillons, méningite cérébro-spinale, choléra, diphtérie, dysenterie, poliomyélite, coqueluche, rougeole, fièvre typhoïde et paratyphoïde, malaria, fièvre récurrente, rubéole, scarlatine, typhus, typhus exanthématique et varicelle;
- les maladies des nouveau-nés, pour autant que tous les membres du ménage soient affiliés depuis au moins trois mois.
La demande d'affiliation doit se faire, par écrit, à la compagnie endéans les 30 jours suivant la naissance.
- les personnes qui bénéficiaient au moment de leur affiliation d'une assurance garantissant des avantages similaires à la présente convention.

Le en cas de maladie est fixé à 3 mois et 9 mois en cas de grossesse et d'accouchement.

Chapitre 2. GARANTIE

2.1 Garantie hospitalisation et pré –et posthospitalisation.

Conformément aux conditions du présent contrat la compagnie remboursera les frais du séjour médicalement nécessaire, y compris les suppléments pour chambre particulière d'une ou deux personnes et les honoraires médicaux y afférents, des traitements et médicaments en cas d'hospitalisation d'un assuré par suite de maladie, accident, grossesse ou accouchement.

Les frais doivent concerner des soins médicalement nécessaires ou ambulatoires dispensés en cours d'hospitalisation ou pendant la période de pré- et posthospitalisation, un mois avant et trois mois après la fin de l'hospitalisation. Tous les frais doivent avoir un lien direct avec les causes de l'hospitalisation.

L'intervention est limitée à 4 fois l'intervention légale.

Sont également remboursés:

- les frais de séjour du père ou de la mère en cas d'hospitalisation – et ce limité à un montant de 25,00 EUR par nuit - d'un assuré de moins de 14 ans, à condition qu'un des deux parents soit assuré et que leur présence au chevet de l'enfant soit considérée comme nécessaire par le médecin traitant .
- les frais de prothèses et d'accessoires ou appareils orthopédiques dans la mesure où ces frais sont en rapport direct avec l'hospitalisation, sont prescrits par un médecin et qu'il donnent droit à une indemnité légale ;
- les frais de transport en cas d'urgence vers un établissement hospitalier par une ambulance agréée ainsi que les frais de transports entre deux établissements hospitaliers en Belgique à la demande de la personne concernée ou de son médecin traitant
- les frais d'accouchements à domicile, sous l'accompagnement d'un médecin compétent agréé ou d'une accoucheuse agréée par l'INAMI;
- les frais pour lesquels il n'y a pas d'indemnité légale, c'est-à-dire les frais non remboursables de matériel de viscérosynthèse et d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale, de médicaments, les frais de médicaments repris sous la catégorie D et les frais de séjour dans une unité de soins palliatifs. Ces frais sont remboursables à concurrence de maximum 1.875,00 EUR par an et par assuré.

2.2 Garantie maladies graves.

En cas de survenance des 27 maladies graves suivantes : cancer, leucémie, sclérose en plaque, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, et mucoviscidose, tuberculose, maladie de Pompe, paratyphoïde, maladie d'Alzheimer, malaria, dystrophie musculaire progressive, l'assurance s'applique également, aux frais de soins de santé qui suivent, exposés hors du milieu hospitalier et à condition qu'ils soient en relation directe avec la maladie, médicalement nécessaires, prodigués et ordonnés par un médecin, et repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité :

- les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie;
- les frais de location de matériel divers;
- les produits pharmaceutiques;
- les frais de transport à concurrence de 125,00 EUR par an;
- tous autres frais pour lesquels la compagnie a marqué son accord.

Chapitre 3 LIMITATIONS

1. L'indemnité n'est pas allouée s'il s'avère que l'affection, par laquelle la demande d'intervention est motivée, existait avant la souscription de cette assurance par l'assuré.

Pour les hospitalisations prenant cours pendant le délai d'attente, la garantie n'est pas acquise non plus (cfr. Chapitre 1 point 1.23). Toutefois, l'aggravation de l'affection est prise en considération pour autant

que l'assuré soit affilié à la police depuis plus d'un an et si, au cours de l'année qui suit sa date d'affiliation, celui-ci n'a pas subi de traitement médical résultant de la maladie préexistante.

2. L'assurance ne couvre pas les sinistres résultant directement ou indirectement d'un acte de terrorisme. Par terrorisme, l'on entend une action ou une série d'actions organisées clandestinement, cohérentes en temps et en objectif, et exécutées individuellement ou en groupe par conviction idéologique, religieuse, politique, économique ou sociale. Ces actions visent à porter atteinte à l'intégrité physique des personnes ou à endommager des biens en vue d'impressionner le public ou une autorité et de créer un climat d'insécurité.
3. En outre, ne sont pas comprises dans la garantie, les hospitalisations provoquées ou prolongées par le fait intentionnel ou par une faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt quelconque à la prestation de la compagnie.

Par faute grave la compagnie entend:

- a. tout acte commis avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement;
 - b. toute participation à des méfaits, crimes, duels, rixes, paris, défis et disputes ou altercations verbales, sauf en cas de légitime défense;
 - c. tout acte notoirement téméraire, fait intentionnel ou aggravation volontaire du risque par l'assuré, qui n'a pas pour objet de sauver des personnes ou des biens; les traitements que l'assuré appliquerait sur lui-même, excepté les traitements normaux d'hygiène personnelle;
 - d. toute tentative de suicide ou mutilations volontaires;
 - e. toute forme d'intoxication alcoolique, ainsi que tout abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, ou tout fait quelconque survenant à l'assuré pendant qu'il se trouve sous l'influence de la boisson, à moins qu'il soit incontestablement établi qu'il n'y a aucun lien de cause à effet entre le fait et l'hospitalisation;
 - f. l'alcoolisme, l'utilisation de stupéfiants, l'assuétude ou quelque forme que ce soit de toxicomanie;
4. Sont également exclues de la garantie, les hospitalisations dues ou prolongées par:
 - a. l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, accélération artificielle des particules atomiques et radiations de radio-isotopes, à l'exception de l'utilisation de matières radioactives à des fins médicales;
 - b. la guerre ou un état qui en fait s'y assimile, troubles civils ou révolte, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense;
 - c. des accidents survenus à l'assuré lors de sa participation à des exercices ou des opérations militaires, à des faits d'armes, aux cérémonies et corvées militaires ainsi que durant l'usage ou la manipulation d'armes pendant le service militaire;
 - d. les entraînements préparatoires et la participation à des manifestations sportives en tant que sportif rémunéré;
 - e. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes;
 - f. la suite d'une anomalie congénitale, sauf pour les nouveau-nés.

Chapitre 4 GARANTIES MAXIMALES ET LIMITES

Le remboursement est limité à un supplément ne pouvant dépasser 4 fois l'Indemnité Légale par prestation:

- pour les honoraires médicaux;
- pour les prestations techniques;
- pour tous les médicaments administrés pendant le séjour à l'hôpital;
- par prothèse médicale, orthèse ou tout autre appareil assimilable;

A titre supplémentaire, le remboursement est limité:

- pour les frais de transport, à 125,00 EUR uniquement pour la garantie médecine ambulatoire et maladie grave;
- pour les frais d'hospitalisation par suite de maladies mentales ou nerveuses, à maximum 730 nuits successives ou non;
- pour les frais de séjour d'un des parents en cas d'hospitalisation d'un enfant n'ayant pas atteint l'âge de 14 ans, avec un maximum de 25,00 EUR par nuit;

Les notes de frais exprimées en devises étrangères sont remboursées au cours moyen de la devise étrangère à la date du versement. Ce cours est fixé par l'assurance maladie légale en Belgique.

- pour les frais d'hospitalisation à l'étranger; ces frais ne sont indemnisés que si l'assuré se trouve dans l'un des cas suivants:
 - a. pendant un séjour pour des raisons professionnelles ou touristiques, l'état de santé de l'assuré nécessitant la prestation immédiate de soins médicaux urgents et autres prestations médicales,
 - b. sauf si l'assuré, après l'accord préalable du médecin-conseil de la compagnie, doit subir un traitement approprié à son état de santé et dans la mesure où ces prestations médicales sont remboursées dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie obligatoire.

Chapitre 5 DECLARATION ET DÉLAI DE TRAITEMENT DES SINISTRES

Toute hospitalisation et tout événement pouvant faire intervenir la garantie de la compagnie doivent être déclarés à celle-ci au moyen des formulaires qu'elle aura mis à disposition. Les déclarations d'hospitalisation doivent être faites dans les 15 jours de l'hospitalisation.

L'assuré doit présenter l'original des factures ou des notes de frais, ainsi que le décompte du remboursement de la mutualité et toute preuve d'une indemnité éventuelle en exécution de quelque contrat d'assurance que ce soit, et ce au plus tard un an après la prestation.

Si elle le juge nécessaire, la compagnie peut demander des justificatifs complémentaires.

Le paiement des indemnités dues aux assurés, s'effectue dans les 10 jours ouvrables, à compter du jour de la réception du dossier complet.

Chapitre 6 REGLEMENT DU SINISTRE

Après avoir reçu l'original des factures, la compagnie paie à l'assuré la différence entre

d'une part:

le montant des frais effectivement exposés et couverts par le présent contrat;

et d'autre part:

l'Indemnité Légale et les remboursements effectués en application de quelque contrat d'assurance que ce soit qui aurait été contracté dans le même but.

Si l'assuré n'a pas reçu d'Indemnité Légale pour quelque motif que ce soit, il sera déduit une indemnité fictive identique à l'Indemnité Légale prévue par la Législation Sociale Belge en matière d'assurance maladie et invalidité des travailleurs salariés.

Le solde ainsi obtenu est remboursé, compte tenu de la franchise (cfr. 1.22), des garanties maximales et de l'indemnité maximale fixée aux conditions du contrat.

Ne sont pas prises en compte pour une indemnité, les parts personnelles supplémentaires auxquelles il est fait référence à l'article 25 de la loi du 09.08.1963, par. 18 (modifié par la loi du 06.08.1993).

Chapitre 7 CONTROLE MEDICAL

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. Le médecin traitant doit être dégagé du secret professionnel envers le médecin-conseil de la compagnie et l'assuré invitera le médecin traitant à fournir, chaque fois que cela s'avère nécessaire, tous les renseignements médicaux indispensables à l'exécution du contrat.

De plus, la compagnie est autorisée à s'informer auprès des tiers et à procéder à toute investigation qu'elle pourrait juger utile. Il devra être donné une suite favorable à la convocation adressée à l'assuré pour se présenter à l'examen du médecin-conseil de la compagnie, même si l'assuré doit pour cela entrer dans un établissement médical désigné par elle.

Les frais de cet examen sont à charge de la compagnie.

La compagnie devra immédiatement être avertie de tout changement dans l'état de santé de l'assuré. En souscrivant au présent contrat, l'assuré déclare explicitement dégager le médecin traitant du secret professionnel afin que toutes les conditions susmentionnées puissent être remplies.

Chapitre 8 PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET PAIEMENT DE LA PRIME

L'assurance prend cours à la date définie aux conditions particulières.

Le preneur s'engage à payer les primes pendant toute la durée du contrat. Le paiement se fait contre quittance ou avis d'échéance de la compagnie. Les primes sont quérables et l'invitation à payer la prime équivaut à la présentation à domicile de la quittance. Le paiement de la prime à un tiers est également libératoire, si celui-ci le requiert et qu'il apparaît comme le mandataire de la compagnie pour le recevoir.

A défaut de paiement de la prime, dans un délai de 50 jours calendrier à compter de la date à laquelle la facture libellée de façon régulière ainsi que les autres documents exigés sont en possession du service souscripteur, la compagnie peut suspendre la garantie ou résilier le contrat, à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure par le biais d'une lettre recommandée à la poste. La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat auront leur plein effet à l'expiration d'un délai de quinze jours, à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Aucune indemnité ne sera allouée pour les traitements et soins médicaux fournis à partir du jour de la prise d'effet de la suspension. De même, aucune indemnité ne sera allouée pour des hospitalisations débutant pendant la période de suspension. La compagnie peut exercer un recours contre le preneur d'assurance pour chaque paiement de sinistre survenu dans cet intervalle.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des frais et des intérêts, tels que fixés dans la dernière sommation ou par un jugement, met fin à cette suspension. La compagnie se réserve cependant le droit de faire dépendre cette reprise d'effet de la réception d'une nouvelle proposition d'assurance, ainsi que du résultat favorable d'un examen médical de l'assuré. La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de la compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance.

Si la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut également encore résilier le contrat si elle s'en est réservée la faculté dans la mise en demeure mentionnée au 2^{ème} alinéa ci-dessus; dans ce cas la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai qui ne sera pas inférieur à quinze jours, à compter du premier jour de la suspension. Si la compagnie ne s'en est pas réservée la faculté, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation faite conformément au 2^{ème} alinéa ci-dessus.

Chapitre 9 DUREE DU CONTRAT

Sauf stipulation contraire aux conditions particulières, le contrat est conclu pour une période d'un an. Le preneur d'assurance et la compagnie ont la faculté de résilier le contrat annuellement par une lettre recommandée, à envoyer au plus tard trois mois avant l'échéance. Sauf résiliation, le contrat se renouvelle tacitement pour une période d'un an, à la fin de chaque année d'assurance et ce au maximum 2 fois.

La compagnie peut rompre le contrat:

- en cas de non-paiement de prime, surprime ou accessoire;
- en cas de modification de la législation pouvant affecter l'étendue de la garantie du présent contrat;
- en cas de condamnation du preneur d'assurance ou de l'assuré à une privation de liberté pour infraction intentionnelle;
- en cas de déchéance telle que définie au chapitre 17.

Cette résiliation doit être notifiée par lettre recommandée. Elle sera effective quinze jours après l'envoi de cette lettre.

La perception de la prime par la compagnie n'entraîne pas l'abandon de son droit de résiliation.

Sauf stipulation contraire aux conditions particulières:

- l'assurance est suspendue de plein droit pour l'assuré qui a pendant une période de plus de trois mois consécutifs son domicile ou sa résidence principale en dehors de la Belgique;
- l'assurance prend fin pour l'assuré qui va résider dans un pays hors de la Belgique;
- la couverture prend fin avec le décès du membre du personnel;
- l'assurance prend fin pour les enfants dès qu'ils ne sont plus fiscalement à charge de leurs parents.

Chapitre 10 OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE EN CAS DE RESILIATION

En cas de résiliation du contrat, la compagnie prendra uniquement à sa charge les frais couverts par la convention d'assurance collective hospitalisation exposés pendant la période assurée.

Chapitre 11 MODIFICATION DES CONDITIONS

Si la compagnie modifie les conditions d'assurance et son tarif ou uniquement son tarif, elle adapte le présent contrat à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins trois mois avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier le contrat dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Suite à cette résiliation, le contrat prend fin à la prochaine échéance annuelle.

La faculté de résiliation visée à l'alinéa précédent ne s'applique pas lorsque la modification du tarif ou des conditions d'assurance découle d'une adaptation générale imposée par l'autorité compétente et qui, dans son application, est identique pour toutes les compagnies.

Chapitre 12 IMPOTS ET FRAIS

Tout impôt, taxe ou frais inhérents à la prime et perçus ou à percevoir du chef du présent contrat sont perçus en même temps que la prime.

Chapitre 13 ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence principale en Belgique. A l'étranger, la garantie n'est acquise que si la compagnie estime pouvoir y exercer les contrôles nécessaires.

Si un assuré est victime d'une maladie ou d'un accident dans un de ces pays, la compagnie intervient comme si la maladie ou l'accident était survenu en Belgique. Par conséquent, il sera tenu compte d'un remboursement fictif équivalent à celui de la mutualité et le plafond de 4 fois l'intervention de l'INAMI est d'application.

Chapitre 14 LITIGES

Les litiges portant sur les aspects médicaux sont tranchés par une expertise médicale à l'amiable où, les deux parties en présence nomment leur propre médecin. Ces deux médecins en nommeront un troisième qui n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle. Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'examens spécialisés seront supportés par moitié par chaque partie. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions du contrat et de ses avenants; leur décision est définitive et sans appel pour les deux parties.

Chapitre 15 AUTRES ASSURANCES

Le preneur d'assurance ou l'assuré est tenu d'aviser immédiatement la compagnie de l'existence de tout autre contrat, de toute autre assurance ou garantie ayant le même objet et souscrites en faveur des mêmes assurés.

Chapitre 16 DECLARATIONS

1. Le preneur d'assurance ou l'assuré a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque. S'il n'a point répondu à certaines questions écrites de la compagnie et si la compagnie a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.
2. Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles induisent la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul.
Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.
3. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.
Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.
Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.
4. Des conventions, quelles qu'elles soient, passées entre le preneur d'assurance, l'intermédiaire ou un délégué de la compagnie, n'engagent en rien cette dernière, sauf si elles sont mentionnées dans la police ou ses avenants. Aucune ajoute, modification au texte, ou dérogation aux clauses imprimées ou écrites ne sera valable si elle n'a pas été validée par la compagnie.

Chapitre 17 DECHEANCE

Il y a déchéance et possibilité pour la compagnie d'exiger le remboursement des indemnités et frais indûment payés:

1. lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent alourdies du fait intentionnel ou avec l'accord du preneur d'assurance, de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt quelconque à la prestation de l'assureur, ou encore si le traitement médical prescrit n'est pas suivi;
2. lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'ont pas donné suite à l'une des obligations qui lui étaient imposées sur base des chapitres 5, 6, 7, 8, 12, 15, 16 et 19 des présentes conditions, et que suite à cela la compagnie a subi un préjudice. Dans ce cas la compagnie a le droit de prétendre à une diminution de ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi par elle.

La compagnie est en droit de refuser entièrement sa garantie lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'ont pas respecté les obligations imposées par les articles précités dans une intention frauduleuse. Dans ce cas, les primes déjà encaissées restent acquises à la compagnie et celle-ci pourra en outre annuler le contrat.

Chapitre 18 RECOURS

La compagnie est subrogée dans les droits que l'assuré ou la personne qui répond de lui pourraient faire valoir contre un tiers responsable à concurrence de l'indemnité octroyée du chef du présent contrat.

En conséquence, l'assuré ou la personne qui répond de lui ne peut renoncer à quelque recours que ce soit sans l'autorisation écrite de la compagnie.

Chapitre 19 DOMICILE ET CORRESPONDANCE

La lettre recommandée dont il est question dans le présent contrat, constitue une mise en demeure suffisante. L'envoi de cette lettre sera dûment justifié par le récépissé de la poste; son contenu par les copies de lettres dans les dossiers de la compagnie. Le preneur d'assurance et l'assuré s'obligent à la réception de toute correspondance que lui adresserait la compagnie.

Le preneur d'assurance est tenu d'informer la compagnie de tout changement d'adresse. A défaut, toute lettre et tout exploit est valablement adressé à l'adresse notifiée en Belgique.

Le domicile des parties est élu de droit, celui de la compagnie à son siège social, celui du preneur d'assurance et de l'assuré à l'adresse notifiée.

Chapitre 20 CLAUSE FINALE

Les présentes conditions générales constituent avec les conditions particulières et ses avenants numérotés la convention d'assurance collective hospitalisation.