



Conditions générales | **Police d'assurance collective**
Soins de Santé
HOSPI & ASSIST +

SOMMAIRE

NOTICES IMPORTANTES

- Article 1 - Les intervenants au contrat d'assurance
- Article 2 - Les documents contractuels
- Article 3 - L'affiliation au contrat
- Article 4 - L'étendue territoriale

GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

- Article 5 - Dispositions communes
- Article 6 - La garantie "Hospitalisation et One day clinic"
- Article 7 - La garantie "Soins ambulatoires – Pré- et post-Hospitalisation"
- Article 8 - La garantie : "Maladies graves – Soins ambulatoires"
- Article 9 - La garantie "Transport"
- Article 10 - L'intervention de la compagnie
- Article 11 - Le service "Medi-Assistance"
- Article 12 - La garantie "Assistance"

MODALITES DES GARANTIES

- Article 13 - Le stage
- Article 14 - La prise d'effet et le terme des garanties et des prestations
- Article 15 - Le terrorisme
- Article 16 - Les risques non couverts
- Article 17 - La continuation à titre individuel

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

- Article 18 - La prise d'effet
- Article 19 - La durée
- Article 20 - La modification du contrat
- Article 21 - Le montant et le paiement de la prime
- Article 22 - La modification de la prime et des conditions d'assurance

- Article 23 - L'adaptation automatique des garanties et des primes
- Article 24 - La subrogation
- Article 25 - Les charges diverses
- Article 26 - Divers
- Article 27 - La loi applicable
- Article 28 - Protection des données personnelles

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

- Article 29 - La déclaration de sinistre
- Article 30 - Les autres engagements de l'assuré
- Article 31 - Documents et pièces probantes
- Article 32 - La contestation et l'expertise

LEXIQUE

Le lexique définit les principales notions reprises dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières associées.

NOTICES IMPORTANTES

Article 1 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance est la société désignée aux conditions particulières qui conclut l'assurance collective avec la compagnie.

La compagnie/l'assureur est AXA Belgium.

AXA Belgium donne mandat à INTER PARTNER ASSISTANCE pour l'acceptation des risques et la gestion des contrats et des sinistres.

L'assuré et le bénéficiaire est la personne, désignée aux conditions particulières, sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui à ce titre bénéficie des prestations.

Article 2 - LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

La proposition d'assurance et éventuelles annexes reprennent les caractéristiques de l'opération que le preneur d'assurance demande à la compagnie de conclure et celles du risque y afférent.

Les conditions particulières sont l'expression personnalisée et adaptée à la situation spécifique des conditions de l'assurance. Elles mentionnent en particulier les garanties qui sont effectivement couvertes pour le preneur d'assurance.

Les conditions générales sont explicitées dans les pages qui suivent. Ces dispositions sont applicables dans la mesure où les conditions particulières n'y dérogent pas.

Article 3 - L'AFFILIATION AU CONTRAT

L'affiliation de l'assuré au contrat n'est possible que si :

- L'assuré se trouve sur le payroll du preneur d'assurance, est soumis à la sécurité sociale belge et a droit à une intervention légale pour ses frais médicaux ; et
- L'assuré satisfait/satisfait aux conditions d'affiliation comme précisé dans les conditions particulières.

L'affiliation des membres de la famille au contrat n'est possible que si :

- Les conditions particulières le prévoient ; et
- Les membres de la famille sont soumis à la sécurité sociale belge et ont droit à une intervention légale pour leurs frais médicaux ; et
- Les membres de la famille satisfont aux conditions d'affiliation comme précisé dans les conditions particulières.

Le preneur d'assurance communique immédiatement à la compagnie les modifications intervenues au niveau des assurés et de leur famille (nouvelles affiliations, départs, modifications de la situation familiale de l'assuré).

Ces modifications feront l'objet d'une régularisation des primes.

Article 4 - L'ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties de la présente assurance sont acquises dans le monde entier.

Lorsque l'assuré n'a ou n'aura pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne ou séjournera plus de six mois par an à l'étranger, la compagnie est informée préalablement par le preneur d'assurance et/ou l'assuré. Dans ce cas, les garanties ne sont acquises qu'à condition que l'assuré a obtenu l'accord préalable de la compagnie.

Pour les travailleurs frontaliers, les dispositions ci-dessus ne sont pas d'application. Pour eux, les conditions de la police valent aussi dans leur pays de résidence.

GARANTIES ET AVANTAGES DU CONTRAT

Article 5 – DISPOSITIONS COMMUNES

Les garanties sont acquises si les conditions particulières de la présente police collective l'indiquent.

Leur insertion dans la police est soumise aux conditions en vigueur au moment de la demande du preneur d'assurance.

L'assuré a le libre choix du prestataire de soins de santé pour ses soins et traitements pour autant que celui-ci soit agréé ou reconnu dans sa pratique.

Article 6 - LA GARANTIE "HOSPITALISATION ET ONE DAY CLINIC"

Description des couvertures

En cas d'hospitalisation de l'assuré en Belgique ou à l'étranger par suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, y compris à domicile et dans une maison de naissance, la compagnie intervient dans :

- les frais médicaux encourus pendant l'hospitalisation : il s'agit des frais relatifs
 - au séjour,
 - aux honoraires médicaux et paramédicaux,
 - aux médicaments,
 - aux produits parapharmaceutiques,
 - aux autres fournitures médicales ordonnées par les médecins soignants et reprises sur la facture d'hospitalisation;
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation;
- les frais de location de matériel médical, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation et prescrit par un médecin.
- les frais de location d'un téléviseur, d'un frigo, d'un téléphone (à l'exclusion des communications);
- les frais de soins palliatifs pour autant qu'ils soient repris sur la facture de l'établissement hospitalier;
- les frais mortuaires pour autant qu'ils soient repris sur la facture de l'établissement hospitalier;
- les frais de séjour du donneur d'un organe ou d'un tissu au profit d'un assuré bénéficiant de la présente garantie, et pour autant que la transplantation soit médicalement justifiée.

De plus, la compagnie intervient -pour autant que l'enfant soit assuré par la présente police-:

- dans les frais de séjour d'un des parents dans le même établissement hospitalier que celui de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans. Il n'y a pas de limitation d'âge pour un enfant handicapé,
- dans les frais d'enregistrements polysomnographiques (dépistage de la mort subite).

La garantie inclut les cas de "one day clinic" lesquels sont assimilés par l'INAMI à des hospitalisations.

En outre, la compagnie intervient également dans les frais d'ophtalmologie extramurale auprès de centres avec lesquels la compagnie a conclu un accord. Dans le cadre de ces interventions, l'intervention de la compagnie est déterminée par l'accord entre la compagnie et ces centres.

Article 7 - LA GARANTIE "SOINS AMBULATOIRES - PRE- ET POST-HOSPITALISATION"

La compagnie intervient dans les frais médicaux découlant des soins ambulatoires qui sont en relation directe avec la cause de l'hospitalisation et sont intervenus dans une période avant et après l'hospitalisation qu'elle ait eu lieu en Belgique ou à l'étranger.

Cette période Pré- et post-Hospitalisation est fixée dans les conditions particulières.

La compagnie intervient dans :

- les frais médicaux : il s'agit des frais relatifs
 - aux honoraires médicaux et paramédicaux,
 - aux médicaments,
 - aux produits parapharmaceutiques,
 - aux autres fournitures médicales ordonnées par les médecins soignants.
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire.
- les frais de location de matériel médical prescrit par un médecin.
- les frais de soins palliatifs en milieu hospitalier et en centres agréés par une instance officielle.

La garantie inclut les cas de "one day clinic" lesquels sont assimilés par l'INAMI à des hospitalisations.

Article 8 - LA GARANTIE : "MALADIES GRAVES - SOINS AMBULATOIRES"

Si l'assuré est atteint d'une des maladies énumérées ci-après, la compagnie intervient dans les frais médicaux découlant des soins ambulatoires, effectués ou ordonnés par un médecin qui sont en relation directe avec la maladie et encourus pendant la durée du dossier sinistre, à savoir :

- les frais relatifs
 - aux honoraires médicaux et paramédicaux,
 - aux médicaments,
 - aux produits parapharmaceutiques ;
- les frais relatifs aux prothèses et aux appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire;
- les frais de location de matériel médical prescrit par un médecin;
- les frais de soins palliatifs dispensés en milieu hospitalier et dans des centres agréés par une instance officielle.

Enumération des maladies couvertes

Cancer, charbon, choléra, diabète, dialyse rénale, diphtérie, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, épilepsie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, hépatite virale, leucémie, maladie Creutzfeldt-Jacob, maladie d'Alzheimer, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, maladie de Pompe, malaria, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, myopathie, poliomyélite, sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique, sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole.

Durée du dossier sinistre

Le dossier sinistre débute avec la confirmation du diagnostic et se termine lors de la fin du traitement de la maladie grave.

Confirmation du diagnostic

Le diagnostic des maladies reprises ci-dessus sera confirmé par analyses biologiques ou anatomo-pathologiques ou imagerie médicale ou autres habituellement reconnues par le milieu médical.

Article 9 - LA GARANTIE "TRANSPORT"

Les frais d'ambulance et/ou hélicoptère en rapport avec les garanties définies aux articles 6 à 8 ("Hospitalisation et One day clinic", "Soins ambulatoires - Pré- et post-Hospitalisation" et "Maladies graves - Soins ambulatoires") et qui sont justifiés par l'urgence ou l'état de santé de l'assuré sont remboursés par la compagnie.

Ces frais concernent les transports en Belgique et à l'étranger, pour autant que les transports s'effectuent dans le pays même.

Article 10 - L'INTERVENTION DE LA COMPAGNIE

Les dispositions ci-après sont d'application pour toutes les garanties décrites aux articles 6 à 9.

Calcul de l'intervention de la compagnie

Pour les médicaments et traitements médicaux et paramédicaux stipulés dans les articles susmentionnés, la compagnie n'intervient qu'à condition qu'ils soient reconnus par l'INAMI, peu importe s'il y a un remboursement par l'INAMI.

Dans tous les cas, la compagnie intervient dans les frais exposés dans les articles ci-avant, diminués :

- de l'intervention légale, c'est-à-dire de tout remboursement qui découle de la législation belge ou d'une convention internationale;
- des remboursements éventuels perçus en vertu d'autres contrats ou assurances complémentaires ayant le même objet, conclus auprès d'une autre entreprise d'assurance ou auprès d'une mutuelle.

L'intervention de la compagnie dans le montant ainsi déterminé est définie dans les conditions particulières. En particulier, sur le montant ainsi déterminé, l'assuré prend en charge l'éventuelle franchise définie dans les conditions particulières.

L'intervention de la compagnie s'effectue toujours sur base des montants effectivement facturés pour les prestations délivrées. Les avances ne sont pas prises en compte.

Les notes de frais exprimées dans une monnaie étrangère sont remboursées sur la base du taux de change de la monnaie à la date de remboursement par la compagnie.

Intervention dans les frais de procréations médicalement assistées

La compagnie limite son intervention dans les frais de procréations médicalement assistées à un montant de 6.000€. Cette limitation est applicable sur la totalité des interventions dans le cadre des garanties décrites ci-dessus et vaut pour toute la durée de l'affiliation à la présente assurance.

Travailleur indépendant

Les primes de la catégorie de personnes en activité et ayant le statut social de travailleur indépendant ou d'administrateur sont les mêmes que celles du personnel salarié et les interventions de la compagnie tiendront compte de remboursements INAMI identiques ou jugés équivalents à ceux du personnel salarié.

Païement de l'intervention de la compagnie

Le remboursement des frais couverts s'effectue par la compagnie à l'assuré..

Article 11 - LE SERVICE "MEDI-ASSISTANCE"

Service center

La compagnie met à disposition de l'assuré une garantie de service lors de son hospitalisation par l'intermédiaire de la carte Medi-Assistance.

Cette carte contient toutes les informations nécessaires à l'assuré pour contacter le service center de la compagnie, accessible 24 h / 24 et 7 jours / 7.

L'assuré y obtiendra toute information utile sur ses garanties, l'organisation de son hospitalisation et la confirmation de la prise en charge par la compagnie de l'hospitalisation.

Service tiers payant

Par ailleurs, la carte Medi-Assistance offre également à l'assuré le service du tiers payant. Par ce service, la compagnie règle, à la place de l'assuré, les factures d'hospitalisation pour autant qu'elles comprennent des frais de séjour et que l'hospitalisation ait eu lieu dans un hôpital faisant partie du réseau des hôpitaux de MEDI-ASSISTANCE (cf. www.axa.be/hospitalisation). La compagnie paie le montant total des factures, que les frais réclamés sur celles-ci soient ou non couverts par le présent contrat. Ensuite, la compagnie réclamera par l'envoi d'une lettre à l'assuré le remboursement des frais non couverts, si toutefois ceux-ci n'ont pas été prélevés lors d'un décompte d'intervention dans les frais pré- et post-hospitalisation. En utilisant le service du tiers payant, l'assuré s'engage à rembourser les frais non couverts par le contrat.

En cas de non-remboursement par l'assuré de ces frais dans les délais impartis repris dans la lettre de recouvrement, le service du tiers payant ne sera plus acquis à l'assuré ni aux éventuels membres de sa famille. De plus, la compagnie se réserve le droit de réclamer à l'assuré des frais administratifs forfaitaires pour récupération des sommes dues, limités à 30 €, à majorer, le cas échéant, des frais de recouvrement par voie d'huissier.

Le montant forfaitaire maximum est adapté en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sa valeur de référence étant celle à l'indice au 1^{er} janvier 2013.

Article 12 - LA GARANTIE "ASSISTANCE"

Cette garantie est acquise soit en totalité, soit en partie pour le seul volet "Garantie d'assistance en vue d'un rapatriement", en fonction du choix mentionné aux conditions particulières du contrat.

Dans le cadre de cette garantie, il faut entendre par 'compagnie' : Inter Partner Assistance, S.A. d'assurances, membre du groupe AXA Assistance, agréée sous le n° 0487 pour pratiquer les branches maladie et assistance (A.R. 04.07.1979), ayant son siège social à 1050 Bruxelles, Avenue Louise 166, B 1, et n° BCE 0415.591.055.

Garantie

La compagnie garantit, à concurrence des montants indiqués, taxes comprises, un service d'assistance à l'assuré en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement et de manière plus large, une aide dans les situations de la vie courante visées par le présent article.

Conditions d'octroi du service d'assistance en Belgique et à l'étranger

La compagnie met tout en œuvre afin d'assister l'assuré au cours d'événements définis, d'ordre privé ou professionnel. Ces événements sont couverts pendant la période de validité du contrat, dans les limites de l'étendue territoriale du contrat et des montants garantis, taxes comprises.

Le choix du moyen de transport le plus approprié appartient à la compagnie. Si la distance à parcourir est inférieure à 1.000 km, le moyen de transport prioritaire sera le chemin de fer (1^{ère} classe). Si la distance à parcourir est supérieure à 1.000 km, le moyen de transport prioritaire sera l'avion de ligne (classe économique), sauf disposition contraire prévue au contrat.

Ne donnent pas, a posteriori, droit à un remboursement ou à une indemnité, toutes les prestations non sollicitées au moment des faits ainsi que celles refusées par l'assuré ou organisées sans l'accord de la compagnie. L'événement doit impérativement être signalé à la compagnie dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

Il est possible que la compagnie ne puisse organiser les services précisés sous le point 12.2 dans le pays de résidence des travailleurs frontaliers en raison de contraintes locales. Dans ce cas, l'assuré a le droit de demander le remboursement conformément aux limites précisées dans les conditions générales pour ces services à condition de justifier la nécessité d'un tel service vis-à-vis de la compagnie et d'avoir obtenu son accord pour l'utilisation de ce service.

Lors du rapatriement du véhicule depuis l'étranger, un état descriptif du véhicule est effectué lors de sa prise en charge et lors de sa livraison. La compagnie ne peut être tenue responsable pour tout retard intervenant dans l'opération, toute détérioration, acte de vandalisme, vol d'objets ou d'accessoires survenant au véhicule pendant son immobilisation ou son transport.

12.1 – Garantie d'assistance en vue d'un rapatriement

Ce volet de la garantie assistance vise l'assuré se trouvant à l'étranger et est toujours acquis.

A. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'assuré est hospitalisé à la suite d'un incident médical et que l'équipe médicale de la compagnie juge nécessaire de le transporter vers un établissement hospitalier mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son domicile, la compagnie organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- Chemin de fer (1^{ère} classe);
- Ambulance;
- Avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire;
- Avion sanitaire.

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par le médecin de la compagnie en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin de la compagnie

doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

La compagnie organise et prend en charge le transport d'une personne proche de l'assuré afin d'accompagner l'assuré rapatrié jusqu'au lieu d'hospitalisation.

B. Rapatriement des accompagnants de l'assuré (à l'exception de l'auto-stoppeur)

En cas de rapatriement d'un assuré, la compagnie organise et prend en charge soit le retour des accompagnants de l'assuré à leur domicile, soit la continuation du voyage. La garantie "continuation du voyage" est limitée au coût du rapatriement des accompagnants à leur domicile. Elle s'applique pour autant que les accompagnants de l'assuré ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour.

C. Rapatriement du véhicule

En cas de rapatriement d'un assuré et si aucun accompagnant du voyage ne peut conduire le véhicule, la compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule jusqu'au domicile de l'assuré. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la compagnie. Les frais éventuels de carburant et de péage restent à charge de l'assuré.

L'intervention de la compagnie n'excédera jamais la valeur résiduelle du véhicule. Si les frais de transport devaient excéder la valeur résiduelle du véhicule, l'intervention de la compagnie est plafonnée à concurrence de celle-ci.

D. Rapatriement des bagages

En cas de rapatriement d'un assuré, la compagnie organise et prend en charge les frais de transport des bagages jusqu'au domicile de l'assuré.

12.2 - Garantie d'assistance en cas de souscription du paquet d'assistance complet

A. Assistance en Belgique

Contact d'urgence

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence et est dans l'incapacité de prévenir son entourage, la compagnie prend contact avec 2 personnes proches, à la demande expresse de l'assuré, pour les prévenir de l'hospitalisation soudaine de l'assuré et du lieu de son hospitalisation. L'assuré devra mettre à disposition de la compagnie le nom et les coordonnées des personnes à prévenir.

Transport du conjoint

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence, la compagnie organise et prend en charge, dans les 24 heures de la survenance de l'événement, le transport du conjoint ou d'une personne résidant en Belgique désignée par l'assuré isolé, vers l'hôpital et son retour vers le domicile.

Transport des enfants de moins de 18 ans

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence, la compagnie organise et prend en charge, dans les 24 heures de la survenance de l'événement, le transport des enfants de moins de 18 ans vers l'hôpital et le retour vers le domicile.

Garde des enfants de moins de 16 ans

Si l'assuré est hospitalisé d'urgence, la compagnie organise et prend en charge, dans les 24 heures de la survenance de l'événement, la mise à disposition d'une gardienne au domicile de l'assuré pour s'occuper des enfants de moins de 16 ans, à concurrence de maximum 24 heures consécutives.

Assistance psychologique

La compagnie met à la disposition de l'assuré un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, destiné à fournir un soutien psychologique pour l'assuré victime d'un événement soudain et

indépendant de sa volonté entraînant un choc psychologique.

Ces événements concernent un décès d'une personne proche de l'assuré ou une agression dont l'assuré est victime, ayant conduit à une hospitalisation.

A la suite d'un premier soutien psychologique par téléphone, la compagnie organise et prend en charge l'intervention d'un professionnel. L'intervention de la compagnie ne peut excéder 3 consultations. Les consultations auprès d'un professionnel doivent répondre à un sinistre pour lequel l'assuré est couvert.

Second avis médical

Lorsque l'assuré souffre d'une affection complexe et/ou rare et qu'il doit subir une opération chirurgicale ou un traitement à haut risque, il a la possibilité de s'adresser à la compagnie en vue d'obtenir un complément d'avis lui permettant de trouver la solution la mieux adaptée à son problème médical.

Après réception du dossier médical complet, le complément d'avis sera rendu par un médecin expert choisi par la compagnie en fonction du type de pathologies et sera destiné au médecin traitant.

L'avis médical complémentaire est fourni pour les pathologies suivantes :

- Oncologie / Radiothérapie
- Cardiologie (cardiologie interventionnelle, rythmologie)
- Neurochirurgie
- Chirurgie digestive

Cette garantie ne pourra, en aucun cas, être utilisée pour déceler d'éventuelles erreurs médicales ou pour mettre en cause les compétences professionnelles des médecins traitants de l'assuré.

B. Home care

Personne de confiance

La compagnie organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous à concurrence de cinq prestations au total par hospitalisation d'une durée maximum de 4 heures chacune, à choisir entre

- Aide-ménagère : si aucune autre personne ne peut intervenir dans l'entretien de son domicile, la compagnie organise et prend en charge les frais d'une aide-ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.
- Aide pour les enfants : si, un assuré père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, la compagnie organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.
- Garde des animaux domestiques : à la suite d'une hospitalisation couverte, la compagnie organise et prend en charge la garde ou la promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

Les prestations décrites ci-dessus doivent être organisées avant une prochaine hospitalisation. Les prestations non-utilisées ne feront pas l'objet d'un report après une nouvelle hospitalisation et ne sont donc pas cumulables avec les prestations dues après la nouvelle hospitalisation.

Livraison d'achats de première nécessité

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer et qu'aucune autre personne ne peut intervenir, la compagnie organise la livraison des médicaments prescrits par ordonnance médicale et/ou des achats en épicerie de première nécessité. Les frais relatifs à l'achat même restent à charge de l'assuré.

Les soins post-nataux

A l'issue de l'hospitalisation, la compagnie organise et prend en charge les frais d'une sage-femme afin de fournir les soins post-nataux à raison de 4 heures maximum par prestation.

Trajets des enfants

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré se trouve dans l'incapacité de conduire ses enfants, la compagnie organise et prend en charge le transport aller/retour des enfants de moins de 16 ans vers l'école.

Transport de l'assuré

- Transport à l'hôpital : si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré doit se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, à la demande de l'assuré la compagnie organise et prend en charge le transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, sous surveillance médicale si nécessaire. Et si, à l'issue de l'hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, la compagnie organise et prend en charge le retour au domicile.
- Visite de l'assuré hospitalisé : à la suite d'une hospitalisation couverte, la compagnie organise et prend en charge le transport aller/retour vers l'hôpital des parents du conjoint(e) ou des enfants pour se rendre auprès de l'assuré.

Pour l'ensemble des prestations de transports décrites ci-dessus, l'intervention de la compagnie est limitée à trois déplacements aller/retour par période d'hospitalisation et à 250 EUR maximum par année d'assurance.

Les prestations décrites ci-dessus doivent être organisées avant une prochaine hospitalisation. Les prestations non-utilisées ne feront pas l'objet d'un report après une nouvelle hospitalisation et ne sont donc pas cumulables avec les prestations dues après la nouvelle hospitalisation.

Conseils

Pendant toute l'année, l'assuré bénéficie des services suivants :

- Assistance psychologique : la compagnie met à la disposition des assurés un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destiné à fournir un premier soutien psychologique "on line" et si nécessaire, l'orientera vers un organisme de support spécialisé.
A la demande de l'assuré, suite à tout problème privé ou professionnel, la compagnie communique les coordonnées des associations d'entraide spécialisées dans le soutien psychologique.
- Renseignements téléphoniques pour soins post-hospitalisation. A la demande de l'assuré, la compagnie met à la disposition de l'assuré:
 - Les coordonnées d'organismes de soins paramédicaux;
 - Les coordonnées de la pharmacie et du médecin de garde à contacter;
 - Les coordonnées des organismes de soins à domicile;
 - Les coordonnées des sociétés louant du matériel médical.

C. Assistance à l'étranger

Assistance médicale

En cas d'incident médical à l'étranger nécessitant une hospitalisation, l'équipe médicale de la compagnie se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

Envoi d'un médecin sur place

Si l'équipe médicale de la compagnie l'estime nécessaire, la compagnie mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Si l'assuré accompagné d'enfants de moins de 16 ans se trouve dans l'impossibilité de s'occuper d'eux suite à un incident médical, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'une personne désignée par l'assuré et résidant en Belgique pour aller chercher les enfants de moins de 16 ans et les ramener à leur domicile.

Les frais d'hôtel de cette personne seront pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € maximum par nuit et avec un maximum global de 240 €, moyennant présentation des justificatifs originaux.

Dans le cas où il est impossible de joindre la personne désignée par l'assuré, ou si cette personne est dans l'impossibilité d'effectuer le voyage, la compagnie envoie un délégué pour prendre les enfants en charge et les ramener dans le pays du domicile à la garde de la personne désignée par l'assuré.

Hospitalisation d'un assuré voyageant seul

Lorsque l'assuré, voyageant seul, est hospitalisé suite à un incident médical et que les médecins mandatés par la compagnie déconseillent son transport avant 72 heures, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de sa famille ou d'une personne proche résidant en Belgique pour se rendre auprès de l'assuré. En cas d'hospitalisation d'un assuré de moins de 18 ans, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour de 2 membres de sa famille ou de 2 personnes proches.

Les frais d'hôtel sur place de cette(ces) personne(s) sont pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € maximum par nuit et par chambre et pour un maximum global de 800 €.

Envoi de médicaments indispensables

La compagnie met tout en œuvre pour organiser et prendre en charge la recherche et la mise à disposition des médicaments indispensables, prescrits par une autorité médicale compétente, introuvables sur place mais disponibles en Belgique. Leur mise à disposition doit être accordée par le service de la compagnie. Leur envoi est soumis aux disponibilités des moyens de transport et doit être conforme aux législations locales et internationales.

L'assuré s'engage à rembourser à la compagnie le prix des médicaments qui sont mis à sa disposition, majorés des frais éventuels de dédouanement dans un délai de deux mois à partir de la date d'expédition.

Transmission de fonds

En cas de survenance à l'étranger d'un événement couvert ayant fait l'objet d'une demande d'intervention auprès de la compagnie, et, le cas échéant, après déclaration aux autorités locales, la compagnie met à la demande de l'assuré, tout en œuvre pour lui faire parvenir la contre-valeur de maximum 2.500 € pour l'ensemble de la famille. Cette somme devra préalablement être versée à la compagnie en liquide ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme ou par le débit d'une carte de crédit.

Assistance linguistique

Si l'assuré rencontre des difficultés linguistiques à l'étranger en rapport avec les prestations

d'assistance en cours, la compagnie effectue par téléphone les traductions nécessaires à la bonne compréhension des événements.

Dans la mesure où la traduction porte sur d'autres sujets que les prestations d'assistance, la compagnie communique à l'assuré les coordonnées d'un traducteur-interprète. Les honoraires de ce dernier restent à charge de l'assuré.

Assistance en cas de décès

a. rapatriement funéraire

- En cas d'inhumation ou de crémation en Belgique

Si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, la compagnie organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge:

- Les frais de traitement funéraire;
- Les frais de mise en bière sur place;
- Les frais de cercueil à concurrence de 800 € maximum;
- Les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation ne sont pas pris en charge par la compagnie.

Si l'assuré voyage seul à l'étranger, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille ou d'une personne proche afin d'accompagner la dépouille mortelle.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € par nuit et par chambre et pour un maximum de 2 nuits.

- En cas d'inhumation ou de crémation à l'étranger

Si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation à l'étranger, la compagnie organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées au point précédent.

En outre, la compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille ou d'une personne proche résidant en Belgique pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par la compagnie à concurrence de 80 € par nuit et par chambre et pour un maximum de 3 nuits.

En cas de crémation à l'étranger avec cérémonie en Belgique, la compagnie prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention de la compagnie est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de la compagnie.

b. assistance aux formalités suite à un décès

La compagnie assiste l'assuré dans les démarches suivantes :

- La mise en rapport avec les entreprises de pompes funèbres;
- L'aide à la rédaction des faire-part;
- L'indication des démarches nécessaires notamment auprès de l'administration communale;
- A la demande des héritiers, la recherche d'une agence immobilière pour la gestion des biens immobiliers.

c. rapatriement des accompagnants (à l'exception de l'auto-stoppeur)

En cas de décès d'un assuré, la compagnie organise et prend en charge soit le retour des

accompagnants à leur domicile, soit la continuation du voyage. La garantie "continuation du voyage" est limitée au coût du rapatriement des accompagnants à leur domicile. Elle s'applique pour autant que les accompagnants ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour.

d. rapatriement du véhicule

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si aucun autre accompagnant du voyage ne peut conduire le véhicule, la compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule jusqu'au domicile de l'assuré. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la compagnie. Les frais éventuels de carburant et de péage restent à charge de l'assuré.

L'intervention de la compagnie n'excédera jamais la valeur résiduelle du véhicule. Si les frais de transport devaient excéder la valeur résiduelle du véhicule, l'intervention de la compagnie est plafonnée à concurrence de celle-ci.

e. rapatriement des bagages

En cas de décès d'un assuré à l'étranger, la compagnie organise et prend en charge les frais de transport des bagages du défunt jusqu'à son domicile.

12.3. - Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance

Ne sont pas couverts et ne sont pas remboursés les risques résultant des circonstances énoncées ci-dessous. La compagnie apporte la preuve du fait qui l'exonère de sa garantie:

- Les frais engagés par un assuré sans accord préalable de la compagnie (sauf disposition contraire prévue au contrat);
- Les frais de restauration à l'exception des frais de petit-déjeuner;
- Les frais de taxi (sauf disposition contraire prévue au contrat);
- Les frais prévus avant le départ pour les voyages à l'étranger;
- Les conflits sociaux tels que grève, lock-out, émeute ou mouvement populaire, pour autant que l'assuré a participé activement à ces événements;
- Les accidents nucléaires tels que définis par la Convention de Paris du 29 juillet 1960 ou résultant de radiations provenant de radio-isotopes;
- La participation à titre professionnel à des compétitions ou entraînements en vue de telles épreuves;
- Les suites de la pratique de sports dangereux tels que, liste non exhaustive : l'alpinisme, le bobsleigh, le hockey sur glace, le rafting, le ski en tremplin, le ski hors-piste, le ski à voile, la varappe, le deltaplane, le parapente, le saut à l'élastique, le vol à voile, l'ULM, le skysurf, les sports aériens (y compris parachutisme et montgolfière), les sports de combats, la spéléologie, la compétition automobile, les rallyes, les raids, les épreuves de vitesse.
- Le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou dans un état analogue résultant de produits autres que de boissons alcoolisées;
- Les prestations que la compagnie ne peut fournir par suite de force majeure;
- Tous les frais non explicitement cités comme étant pris en charge dans le cadre du contrat.

De plus, les garanties ne sont pas acquises pour :

- Les affections ou lésions bénignes qui n'empêchent pas l'assuré de poursuivre son voyage;
- Les interruptions volontaires de grossesse sauf celles médicalement justifiées;
- Les maladies, les rechutes et les convalescences de toute affection révélée, non encore consolidée et en cours de traitement avant la date de départ et comportant un danger

réel d'aggravation rapide, pour autant que l'assuré voyage sans accord préalable et exprès de son médecin traitant;

- Les frais de médecine préventive et les cures thermales;
- Les frais de diagnostic et de traitement non reconnus par l'INAMI;
- Les interventions et traitements d'ordre exclusivement esthétique.

Et, en général, tous les risques exclus qui sont repris dans l'article 16 de la présente police.

MODALITES DES GARANTIES

Article 13 - LE STAGE

13.1 Moins de 5 assurés principaux

S'il y a moins de 5 assurés principaux affiliés à la date de prise d'effet de la présente police, un stage de 9 mois est applicable.

Ce stage est supprimé :

- pour un nouveau-né pour autant qu'un des parents soit affilié à la présente assurance depuis au moins 6 mois à la date de naissance ;
- pour les hospitalisations consécutives à un accident ou une maladie infectieuse aiguë. Les maladies infectieuses aiguës sont le choléra, la coqueluche, la diphtérie, la dysenterie, l'encéphalite, la fièvre récurrente, la fièvre typhoïde, la méningite, les oreillons, le paludisme, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, la scarlatine, le tétanos, le typhus, la varicelle et la variole ;
- si l'assuré peut présenter une attestation d'assurance et à condition qu'il n'y ait pas de rupture d'assurance.

Durant la période de stage, les primes restent dues pour les assurés concernés.

13.2 5 ou plus de 5 assurés principaux

L'affiliation est obligatoire et/ou facultative comme stipulé dans les conditions particulières.

Affiliations obligatoires

Aucune période de stage n'est requise en cas d'affiliation obligatoire de l'assuré à la présente assurance.

L'affiliation prend effet lorsque les conditions d'affiliations sont remplies, peu importe quand l'affiliation a été demandée. Les primes encore dues pour une période écoulée seront réclamées par la compagnie. L'assuré bénéficie de la garantie au moment où il remplit les conditions d'affiliation.

Affiliations facultatives

Si l'assuré fait sa demande d'affiliation auprès de la compagnie endéans les 3 mois après que les conditions d'affiliation sont remplies, aucune période de stage n'est requise. L'affiliation prend effet au moment où les conditions d'affiliation sont remplies. Les primes encore dues pour la période écoulée seront réclamées par la compagnie. L'assuré bénéficie de la couverture au moment où les conditions d'affiliation sont remplies.

Une affiliation est considérée comme 'tardive' si la demande est effectuée plus de 3 mois après que les conditions d'affiliation sont remplies. Dans ce cas, une période de stage de 9 mois est applicable.

Cette période de stage est toutefois supprimée :

- pour un nouveau-né pour autant qu'un des parents soit affilié à la présente assurance depuis au moins 6 mois à la date de la naissance;
- pour les hospitalisations consécutives à un accident ou une maladie infectieuse aiguë. Les maladies infectieuses aiguës sont le choléra, la coqueluche, la diphtérie, la dysenterie, l'encéphalite, la fièvre récurrente, la fièvre typhoïde, la méningite, les oreillons, le paludisme, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, la scarlatine, le tétanos, le typhus, la varicelle et la variole ;

- si l'assuré peut présenter une attestation d'assurance et à condition qu'il n'y ait pas de rupture d'assurance.

Durant la période de stage, les primes restent dues pour les assurés concernés.

Article 14 - LA PRISE D'EFFET ET LE TERME DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

14.1 Prise d'effet des garanties et des prestations

Sous réserve de l'article 13, les garanties prennent effet :

- à la date à laquelle l'assuré remplit les conditions d'affiliation ;
- et au plus tôt à la date de prise d'effet de la présente police comme mentionné dans les conditions particulières.

La compagnie intervient dans les prestations et les frais à partir de la prise d'effet des garanties.

En cas d'une hospitalisation en cours au moment de la prise d'effet des garanties, la compagnie intervient dans les frais a ratio du nombre de jours d'hospitalisation après la date de prise d'effet des garanties.

En cas d'une période de post-hospitalisation ou d'un dossier sinistre maladie grave en cours au moment de la prise d'effet des garanties, la compagnie intervient dans les frais découlant de soins ambulatoires qui ont été procurés à partir de la prise d'effet des garanties.

Si l'hospitalisation prend effet après la prise d'effet des garanties, la compagnie intervient également dans les frais de soins ambulatoires pré-hospitalisation.

14.2 Terme des garanties et des prestations

Les garanties prennent fin :

- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions d'affiliation ;
- au décès de l'assuré;
- à la date de la résiliation de la présente assurance.

La compagnie intervient dans les prestations et les frais jusqu'au terme des garanties.

En cas d'une hospitalisation en cours au moment du terme des garanties, la compagnie intervient dans les frais a ratio du nombre de jours d'hospitalisation jusqu'à la date du terme des garanties.

En cas d'une période de post-hospitalisation ou d'un dossier sinistre maladie grave en cours au moment du terme des garanties, la compagnie n'intervient plus dans les frais découlant de soins ambulatoires post-hospitalisation qui ont été procurés après le terme des garanties.

Si l'hospitalisation débute après le terme des garanties, la compagnie n'intervient plus dans les frais découlant de soins ambulatoires pré-hospitalisation qui ont été procurés avant le terme des garanties.

Article 15 - LE TERRORISME

La présente police couvre les dommages causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril

2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

AXA Belgium participe au Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP), constitué conformément à la loi précitée. Par conséquent, lorsqu'un sinistre est causé par un événement reconnu comme du terrorisme et uniquement pour la quote-part d'AXA Belgium dans la coassurance, la compagnie exécute ses engagements conformément aux dispositions prévues par cette loi, notamment en ce qui concerne la hauteur des prestations et le délai de paiement.

Article 16 - LES RISQUES NON COUVERTS

Les prestations assurées en vertu des articles 6 à 9 et 12 ne sont pas acquises lorsque le risque assuré résulte des circonstances énoncées ci-dessous. La compagnie apporte la preuve du fait qui l'exonère de sa garantie :

- la tentative de suicide;
- l'acte intentionnel de l'assuré provoquant des lésions, qu'elles soient recherchées ou non par l'assuré, à l'exclusion des actes de légitime défense ou de sauvetage;
Par acte intentionnel, on entend le comportement, l'acte ou l'abstention volontairement et sciemment adopté qui cause un dommage raisonnablement prévisible ;
- la guerre entre Etats ou faits de même nature, guerre civile.
En cas de séjour à l'étranger, le risque est toutefois couvert :
 - d'une part, lorsque le conflit a éclaté pendant le séjour,
 - d'autre part, lorsque, à la demande préalable du preneur d'assurance, la compagnie a accordé explicitement la couverture ;
 - et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- la participation active à des émeutes ou actes de violence collective;
- la faute lourde, dans la mesure où il existe une relation causale entre la faute lourde et l'évènement donnant lieu à prestation.
Sont des fautes lourdes :
 - le pari, le défi,
 - le fait d'être sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue,
 - le fait d'être en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique suivant le code de la route;
- l'affection allergique qui ne présente pas de symptômes objectifs permettant un diagnostic précis;
- le trouble subjectif ou psychique qui ne présente pas de symptômes objectifs permettant un diagnostic précis;
- la toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments;
- le traitement esthétique, le traitement relatif à la stérilisation et le traitement relatif à la fertilité (sauf la procréation médicalement assistée). Le traitement esthétique est toutefois couvert dans le cas de chirurgie purement réparatrice à la suite d'un accident ou d'une maladie ;
- les médicaments et traitements médicaux et paramédicaux non reconnus par l'INAMI.

Article 17 - LA CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL

Lorsque l'assuré ne bénéficie plus de la couverture prévue par la présente police notamment en raison des circonstances définies ci-après, il peut maintenir à titre individuel, sans formalités médicales ni délai de stage, les garanties pour lesquelles il était couvert.

Cette continuation s'effectuera au travers de la souscription par l'assuré d'un "produit" individuel offrant des garanties similaires et faisant partie de la gamme des produits de la compagnie.

Toutefois, pour pouvoir bénéficier de ce maintien de couverture, il faut que l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance ait été couvert de manière ininterrompue par un ou plusieurs contrats d'assurance "hospitalisation – frais médicaux" successifs souscrits auprès d'une compagnie d'assurance pendant au moins les deux dernières années précédant la date de la cessation de couverture.

Les circonstances qui entraînent la cessation de couverture de la présente police sont notamment les suivantes :

- cessation des fonctions de l'assuré auprès du preneur d'assurance, soit à l'âge de la retraite, soit en cours de carrière :
possibilité de souscription pour l'assuré susdit et pour les membres de sa famille qui étaient déjà assurés par la présente police;
- dès que chaque enfant assuré ne remplit plus les conditions d'affiliation des enfants prévues aux conditions particulières,
ou, à défaut de mention dans celles-ci, dès que chaque enfant atteint l'âge de 25 ans ou qu'il cesse d'être à charge fiscalement du ménage de l'assuré (ou de la famille de l'ex-conjoint ou du partenaire) , à l'exception de l'enfant handicapé bénéficiant des allocations d'handicapé :
possibilité de souscription pour l'enfant uniquement;
- décès, séparation ou divorce de l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance :
possibilité de souscription, d'une part, pour le(la) veuf(veuve) et les membres de la famille qui étaient déjà assurés par cette police et, d'autre part, pour l'ex-conjoint ou partenaire cohabitant ;
- la résiliation de cette police, peu importe la raison.

Information de l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance

Dès son affiliation à la présente police, le preneur d'assurance est légalement tenu d'informer sans délai l'assuré principal de la possibilité pour celui-ci et, le cas échéant, pour le(s) membre(s) de sa famille de payer une prime individuelle supplémentaire en vue de préfinancer la poursuite individuelle de la présente assurance. La loi n'impose cependant ni à la compagnie, ni au preneur d'assurance de proposer un tel produit aux assurés. La compagnie ne dispose pas d'un tel produit à l'heure actuelle.

Par ailleurs, le preneur d'assurance informe l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de la présente police :

- de la date de la cessation de la couverture
- de la possibilité de maintenir la couverture à titre personnel
- du délai dans lequel l'assuré en fonction auprès du preneur d'assurance et, le cas échéant, le(s) membre(s) de sa famille peuvent exercer leur droit à la continuation individuelle
- des coordonnées de la compagnie d'assurance.

Dispositions relatives au contrat individuel

Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance collective.

Sa durée est viagère.

Les conditions tarifaires sont celles d'application pour les contrats "continuation individuelle" en vigueur au moment de la perte du bénéfice des garanties de la police collective.

GUIDE PRATIQUE : LA VIE DU CONTRAT

Article 18 - LA PRISE D'EFFET

La police collective prend cours à la date indiquée aux conditions particulières, mais au plus tôt le jour où la première prime est payée.

Article 19 - LA DUREE

La police est conclue pour une durée d'un an à dater de sa prise d'effet.
A la fin de chaque période annuelle, elle se renouvelle tacitement pour une durée égale, sauf signification du contraire par une des parties, actée par lettre recommandée expédiée 3 mois avant la fin de la période annuelle en cours.

Article 20 - LA MODIFICATION DU CONTRAT

Le preneur d'assurance peut demander à la compagnie de modifier les conditions particulières du contrat. Si cette modification entraîne une augmentation du risque couvert, elle est soumise aux conditions en vigueur concernant son acceptation au moment de cette modification.

La modification doit être actée par un avenant ou tout autre document équivalent.

Article 21 - LE MONTANT ET LE PAIEMENT DE LA PRIME

Montant

La prime représente le prix que la compagnie demande pour garantir les prestations assurées par ce contrat. Son niveau tient compte du caractère collectif du contrat, ainsi que de l'absence de garantie tarifaire à long terme propre à ce type de contrat.

Le montant des primes d'assurance est défini dans les conditions particulières.

Paiement des primes

Le preneur d'assurance effectue le versement des primes à la compagnie.

Les modalités de paiement des primes d'assurance sont précisées dans les conditions particulières.

En cas d'affiliation ou de départ à une autre date que la date d'échéance d'une prime, un pro-rata est appliqué sur la prime. Le cas échéant, cela peut conduire à un remboursement de la partie non-consommée d'une prime déjà réclamée.

En cas de non-paiement d'une échéance de prime, le contrat sera résilié trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée au preneur d'assurance.

Cette lettre rappelle la date d'échéance de la prime et le montant de celle-ci. Elle précise également les conséquences du défaut de paiement dans le délai fixé ainsi que le point de départ de celui-ci.

Article 22 - LA MODIFICATION DE LA PRIME ET DES CONDITIONS D'ASSURANCE

En cas de modification de son tarif, la compagnie a le droit d'appliquer cette modification de tarif à la présente police à partir de l'échéance annuelle de prime suivante.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier la police trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait, la police prend fin à cette échéance.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier la police dans un délai de trois mois à compter de l'envoi de la notification de modification. De ce fait, la police prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain de la signification, de la date du récépissé ou dans le cas d'une lettre recommandée du dépôt à la poste de cette lettre recommandée, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle.

En cas de modification substantielle de la législation sur la sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux ou en cas d'instauration ou modification d'une réglementation ayant un impact sur la présente police, la compagnie peut modifier, en proportion de la modification de la législation en cause et de ses répercussions financières pour la compagnie, les conditions de l'assurance, après en avoir avisé préalablement le preneur d'assurance. Celui-ci disposera, s'il le souhaite, d'un délai de trois mois pour résilier la présente police.

Article 23 - L'ADAPTATION AUTOMATIQUE DES GARANTIES ET DES PRIMES

A chaque échéance annuelle de la prime, les primes, franchises et plafonds d'intervention exprimés en chiffres absolus peuvent être adaptés sur base de l'évolution de l'indice aux coûts des services couverts par le contrat, à savoir l'indice "Garantie chambre particulière" de la classe d'âge « Global », pour autant que celle-ci soit plus élevée que l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

L'évolution de l'indice « Garantie chambre particulière » de la classe d'âge « Global » s'effectuera selon le rapport existant entre le dernier indice publié avant l'échéance annuelle de la prime, et celui publié l'année précédente.

Dans le cas où l'évolution de cet indice ne dépasse pas l'évolution de l'indice des prix à la consommation, ou à défaut de calcul et/ou de publication de cet indice, la compagnie se référera à l'indice général des prix à la consommation. En pareil cas, l'adaptation s'effectuera selon le rapport existant entre les indices du mois de novembre.

En cas de modification de la législation en matière d'indexation des contrats maladie, la compagnie pourra appliquer au présent contrat une nouvelle méthode d'indexation et/ou de nouvelles échéances annuelles de référence conformes aux nouveaux prescrits légaux.

L'adaptation automatique s'applique à l'ensemble des garanties visées aux articles 6 à 9 ainsi qu'à la garantie Assistance visée à l'article 12.

Article 24 - LA SUBROGATION

La compagnie est subrogée, par le seul fait de la police collective, dans les droits et actions de l'assuré et de ses ayants droit, contre tout tiers responsable du sinistre ou qui serait légalement ou contractuellement tenu de l'indemniser, à quelque titre que ce soit, à concurrence des sommes payées ou à payer par la compagnie.

Article 25 - LES CHARGES DIVERSES

La taxe annuelle sur les opérations d'assurance ainsi que toutes charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature, présentes ou futures, sont à charge du preneur d'assurance ou des assurés.

Exonération des charges

Si le preneur d'assurance ou le bénéficiaire d'une prestation jouit d'une exonération totale ou partielle des charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature, au regard de la législation applicable, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire doit informer préalablement la compagnie de cette exonération et apporter la preuve de celle-ci au moyen d'un document probant, comme par exemple une attestation officielle émanant de l'administration concernée ou une circulaire de l'administration.

A défaut de cette information préalable ou de la fourniture d'un document probant, la compagnie pourra retenir toutes les charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature.

La compagnie ne pourra en aucun cas supporter les conséquences financières des prélèvements au-delà des sommes récupérables auprès des autorités compétentes.

Article 26 - DIVERS

Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le preneur d'assurance ou l'assuré à la compagnie par l'entremise de ses intermédiaires habituels.

Les demandes en ce sens peuvent aussi être adressées au service Quality de la compagnie (au siège social de l'entreprise, e-mail : quality.brussels@ip-assistance.com, tel. : 02/550 04 00, fax : 02/552 51 66).

Si le preneur d'assurance ou l'assuré estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser au service Ombudsman Assurances (square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, e-mail : info@ombudsman.as, fax : 02/547 59 75) en tant qu'entité qualifiée.

La demande d'intervention à l'un de ces services ne porte pas préjudice à la possibilité pour la personne d'intenter une action en justice.

Article 27 - LA LOI APPLICABLE

Le contrat est soumis à la loi belge.

Il est régi actuellement par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Article 28 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les personnes concernées sont les assurés dont la compagnie a enregistré les données personnelles dans le cadre de l'exécution du présent contrat.

L'employeur communique à l'assuré, dès son affiliation au présent contrat d'assurance, toutes les informations édictées par la réglementation relative au traitement des données à caractère personnel (règlement Vie Privée).

L'assuré informe le(s) membre(s) de la famille assuré(s) que ses/leurs données personnelles font l'objet d'un traitement (règlement Vie Privée).

Responsables du traitement des données

Pour toutes les garanties sauf la garantie assistance AXA Belgium, S.A. dont le siège social est établi Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367 (ci-après dénommée « la compagnie »).

Pour la garantie assistance

Inter Partner Assistance S.A., exploitant ses activités sous le nom commercial AXA Partners Belgium, dont le siège social est établi Avenue Louise 166/1, 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0415.591.055 qui intervient comme sous-traitant de la compagnie.

Dénommées ci-après ensemble : 'les assureurs'

Délégué à la protection des données des responsables du traitement

Pour toutes les garanties sauf la garantie assistance

Le délégué à la protection des données de la compagnie peut être contacté à l'adresse suivante :

par courrier postal: AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884)
Place du Trône 1
1000 Bruxelles

par courrier électronique: privacy@axa.be

Pour la garantie assistance

Le délégué à la protection des données de Inter Partner Assistance peut être contacté à l'adresse suivante :

par courrier postal: AXA Partners Belgium - Data Protection Officer
Avenue Louise 166/1
1050 Bruxelles

par courrier électronique: DPO.bnl@axa-assistance.com

Sous-traitant

La compagnie a confié la gestion de ce contrat à Inter Partner Assistance S.A., dont le siège est établi Avenue Louise 166/1, 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0415.591.055 (ci-après dénommée « Inter Partner Assistance ») qui intervient comme sous-traitant de la compagnie.

Délégué à la protection des données du sous-traitant

Le délégué à la protection des données d'Inter Partner Assistance peut être contacté à l'adresse suivante :

par courrier postal: AXA Partners Belgium - Data Protection Officer
Avenue Louise 166
1050 Bruxelles

par courrier électronique: DPO.bnl@axa-assistance.com

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par les assureurs de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci, de l'employeur de la personne concernée ou de tiers, peuvent être traitées par les assureurs pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes :
 - Il s'agit des traitements effectués pour établir et tenir à jour les bases de données, en particulier les données d'identification - relatives à toutes les personnes physiques ou morales qui sont en relation avec les assureurs.
 - Ces bases de données sont tenues à jour et enrichies sur la base des informations que la personne concernée fournit aux assureurs ou d'informations provenant de sources externes de données.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'une obligation légale.
- la gestion du contrat d'assurance :
 - Il s'agit des traitements effectués en vue d'accepter ou refuser - de manière automatisée ou non - les risques préalablement à la conclusion du contrat d'assurance ou lors de remaniements ultérieurs de celui-ci; de confectionner, mettre à jour et mettre fin au contrat d'assurance; de recouvrer- de manière automatisée ou non - les primes impayées ; de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'obligation légale.
- le service à la clientèle :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre des services digitaux fournis aux clients complémentaires au contrat d'assurance (par exemple, l'offre d'outils et de services afin de simplifier la gestion de la police d'assurance, d'accéder aux documents liés à la police ou de faciliter les formalités pour la personne concernée en cas de sinistre).
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance et/ou de ces services digitaux complémentaires.
- la gestion de la relation entre les assureurs et l'intermédiaire d'assurances :
 - Il s'agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre les assureurs et l'intermédiaire d'assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs consistant en l'exécution des conventions entre les assureurs et l'intermédiaire d'assurances.
- la détection, prévention et lutte contre la fraude :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter - de manière automatisée ou non - contre la fraude à l'assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs consistant dans la préservation de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurance elle-même.
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :

- Il s'agit de traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter - de manière automatisée ou non - contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Ces traitements sont nécessaires à l'exécution d'une obligation légale à laquelle les assureurs sont soumis.
- La réalisation de tests :
 - Cela inclut des traitements en vue de développer et d'assurer le fonctionnement approprié d'applications nouvelles ou mises à jour.
 - Ces traitements sont nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par les assureurs consistant à développer des applications afin d'exercer ses activités ou de servir ses clients.
- la surveillance du portefeuille :
 - Il s'agit de traitements effectués en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer - de manière automatisée ou non - l'équilibre technique et financier des portefeuilles d'assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs consistant dans la préservation ou la restauration de l'équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l'entreprise d'assurances elle-même.
- les études statistiques :
 - Il s'agit de traitements effectués par les assureurs ou par un tiers en vue d'effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que la sécurité routière, la prévention des accidents domestiques, la prévention des incendies, l'amélioration des processus de gestion des assureurs, l'acceptation des risques et la tarification.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes des assureurs consistant dans l'engagement sociétal, dans la recherche d'efficacités et dans l'amélioration de la connaissance de ses métiers.
- la gestion et la surveillance des risques :
 - Cela inclut des traitements par les assureurs ou un tiers afin d'effectuer la gestion et la surveillance des risques de l'organisation des assureurs, y compris les inspections, la gestion des plaintes et l'audit interne et externe.
 - Ces traitements sont nécessaires au respect d'une obligation légale à laquelle les assureurs sont soumis ou aux fins des intérêts légitimes des assureurs consistant à assurer des mesures de protection appropriées pour la gouvernance de ses activités.

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du Groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci (avocats, experts, médecins conseils, réassureurs, coassureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, autres entreprises d'assurances, auditeurs externes, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, TRIP ASBL, Datassur et autres organisations sectorielles) en vue d'être traitées conformément à ces finalités.

Ces données peuvent également être communiquées aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé avec lequel les assureurs

peuvent être amenés à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

Lorsque la personne concernée est également cliente d'autres entités du Groupe AXA, ces données à caractère personnel peuvent être traitées par les assureurs dans des fichiers communs en vue de la gestion du fichier des personnes, en particulier la gestion et la mise à jour des données d'identification.

La personne concernée peut recevoir des clauses spécifiques des assureurs durant l'exécution de la police, par exemple une clause applicable au traitement d'un sinistre. Lesdites clauses spécifiques n'affecteront pas la validité de la présente clause ni son applicabilité pour les finalités énumérées ci-dessus.

Transfert des données hors de l'Union Européenne

Les autres entreprises du Groupe AXA, les entreprises et/ou les personnes en relation avec celles-ci auxquelles les données à caractère personnel sont communiquées, peuvent être situées aussi bien dans l'Union Européenne qu'en dehors. En cas de transferts de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, les assureurs se conforment aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elle assure, notamment, un niveau de protection adéquat aux données à caractère personnel ainsi transférées sur la base des mécanismes alternatifs mis en place par la Commission européenne, tels les clauses contractuelles standard, ou encore les règles d'entreprise contraignantes du Groupe AXA en cas de transferts intragroupe (Mon. B. 6/10/2014, p. 78547).

La personne concernée peut obtenir une copie des mesures mises en place par les assureurs pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande à la compagnie à l'adresse indiquée ci-dessous (paragraphe « Contacter AXA Belgium »).

Conservation des données

Les assureurs conservent les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres, avec mise à jour de celles-ci chaque fois que les circonstances l'exigent, prolongée du délai légal de conservation ou du délai de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

Les assureurs conservent les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles ils n'ont pas donné suite jusqu'à cinq ans après l'émission de l'offre ou du refus de conclure.

Nécessité de fournir les données à caractère personnel

Les assureurs demandent les données à caractère personnel liées à la personne concernée afin de conclure et d'exécuter la police d'assurance. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Confidentialité

Les assureurs ont pris toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données à caractère personnel et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci.

A cette fin, les assureurs suivent les standards de sécurité et de continuité de service et évalue régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de ses partenaires.

Les droits de la personne concernée

La personne concernée a le droit :

- d'obtenir des assureurs la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données;
- de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes;
- de faire effacer ses données à caractère personnel dans certaines circonstances;
- de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel dans certaines circonstances;
- de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes des assureurs. Le responsable du traitement ne traite plus les données à caractère personnel, à moins qu'il ne démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés de la personne concernée;
- de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct;
- de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative; toutefois, si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part des assureurs, d'exprimer son point de vue et de contester la décision des assureurs;
- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies aux assureurs, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine; de transmettre ces données à un autre responsable du traitement, lorsque (i) le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement ou pour les besoins de l'exécution d'un contrat et (ii) le traitement est effectué à l'aide de procédés automatisés; et d'obtenir que ses données à caractère personnel soient transmises directement d'un responsable du traitement à un autre, lorsque cela est techniquement possible;
- de retirer son consentement à tout moment, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui, lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement.

Modifications apportées à la présente clause de protection des données

Le traitement des données à caractère personnel peut évoluer selon plusieurs facteurs, comme les changements réglementaires, les développements techniques et les modifications des finalités du traitement. Les assureurs publieront régulièrement des versions actualisées de la clause de protection des données sur leur sites web. En cas de modifications majeures, les assureurs fourniront des efforts raisonnables pour s'assurer que les personnes concernées en prennent connaissance.

Contacter AXA Belgium

Lorsqu'elle est cliente de la compagnie, la personne concernée peut consulter son Espace Client sur AXA.be et y gérer ses données personnelles et ses préférences en matière de Direct Marketing, ainsi que consulter les données la concernant.

La personne concernée peut contacter la compagnie pour exercer ses droits en complétant le formulaire disponible à la page « [Nous contacter](#) » via le bouton « La protection de vos données », accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be.

La personne concernée peut aussi contacter la compagnie pour exercer ses droits par courrier postal daté et signé, accompagné d'une copie de la carte d'identité, adressé à : AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884), place du Trône 1 à 1000 Bruxelles.

La compagnie traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

Introduire une plainte concernant le traitement de données personnelles

Si la personne concernée estime que les assureurs ne respectent pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter en priorité les assureurs. La personne concernée peut introduire une plainte auprès de la compagnie via l'adresse e-mail privacy@axa.be ou en complétant le formulaire disponible à la page « Nous contacter » via le bouton « Mécontent à propos d'un produit ou d'un service ? Signalez-le ici ». Ce formulaire est accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be. La personne concernée peut aussi introduire une plainte concernant le traitement de ses données personnelles auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35
contact@apd-gba.be

La personne concernée peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DES GARANTIES ASSUREES

Nous attirons l'attention sur l'importance des engagements suivants.

La compagnie pourrait être amenée à diminuer ses prestations en fonction du préjudice qui résulte pour elle du non-respect, dans les délais indiqués, des engagements qui suivent, sauf si ce non-respect résulte d'un cas de force majeure.

De plus, la compagnie pourrait être amenée à refuser sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les engagements qui suivent.

Article 29 - LA DECLARATION DE SINISTRE

Toutes prestations dont la demande ne serait pas parvenue à la compagnie dans un délai de 3 ans à dater de celles-ci ne seront plus couvertes par le présent contrat.

Garantie « Hospitalisation et One day clinic »

Toute hospitalisation de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, doit être déclarée à la compagnie au plus tard dans un délai de 30 jours à partir de sa survenance.

Garantie « Soins ambulatoires - Maladies graves »

La survenance ou le diagnostic d'une des maladies couvertes par cette police collective, dont l'assuré est atteint, doit être déclarée au plus tard dans un délai de 30 jours à partir de l'événement.

Preuve autres interventions

L'assuré communique également à la compagnie, dès que possible, les preuves d'intervention d'autres entreprises d'assurance et/ou de la mutuelle au cas où il serait couvert par une ou plusieurs autres assurances ayant le même objet et aurait déjà bénéficié d'une intervention.

Article 30 - LES AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ASSURE

Garantie « Hospitalisation et One day clinic »

- L'assuré fournit à la compagnie, dès que possible, les renseignements et les documents originaux, ou, à défaut, les documents équivalents prouvant l'existence et le montant des frais couverts.
- Il joint à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à expliciter la cause de l'hospitalisation.
- La compagnie doit pouvoir, à tout moment, faire contrôler par un médecin agréé par elle si l'état de santé de l'assuré nécessite une hospitalisation.
- L'assuré se soumet, dans les 30 jours, aux éventuels contrôles médicaux et autres formalités que lui demande la compagnie. Elle peut demander que les contrôles médicaux aient lieu en

Belgique.

Garantie « Maladies graves - Soins ambulatoires »

L'assuré joint à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence de la maladie couverte par la police collective.

Article 31 - DOCUMENTS ET PREUVES

L'assuré a le choix de fournir tous les documents et informations demandées par la compagnie soit sous format digital soit sur papier. Si l'assuré choisit de procurer ses documents et informations sous format digital, il s'engage à garder les originaux à la disposition de la compagnie.

Article 32 - LA CONTESTATION ET L'EXPERTISE

Un éventuel désaccord de la part du preneur d'assurance et/ou de l'assuré sur un sujet médical doit être signifié à la compagnie dans les 15 jours de la notification de sa décision.

La contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale, composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le preneur d'assurance et/ou l'assuré et l'autre par la compagnie. Faute d'arriver à un accord, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

Il en est de même pour les honoraires d'autres médecins auxquels il est fait appel.

LEXIQUE

A. Lexique concernant tous les articles des présentes conditions, excepté l'article 11 "Assistance" dont le lexique est repris ci-après.

Accident

Événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'assuré et entraînant une lésion corporelle.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives, soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs;
- les complications des lésions initiales produites par un accident couvert;
- la rage et le tétanos.

Le suicide n'est pas considéré comme un accident.

Appareil orthopédique

Appareil destiné à prévenir ou corriger les difformités du corps.

Etablissement hospitalier

Etablissement légalement reconnu comme tel et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception :

- des établissements psychiatriques fermés;
- des établissements médico-pédagogiques;
- des centres de revalidation indépendants ;
- des établissements destinés au simple hébergement (maison de repos,...);
- des maisons de repos et de soins.

Etat d'ivresse

Etat d'une personne qui n'a plus le contrôle permanent de ses actes, sans qu'il soit requis qu'elle ait perdu la conscience de ceux-ci.

Etranger

Pour les résidents de la Belgique : tout autre pays que la Belgique.

Pour les travailleurs frontaliers : tout autre pays que la Belgique ou le pays de résidence du travailleur frontalier.

Honoraires médicaux

Honoraires pour l'exercice de prestations médicales par un médecin.

Honoraires paramédicaux

Honoraires pour l'exécution de prestations médicales par des prestataires de soins de santé agréés ou reconnus dans leur pratique (honoraires d'un(e) infirmier(e) à domicile, infirmière de maternité, sage -femme, diététicien, podologue, logopède, kinésithérapeute, physiothérapeute, ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, psychanalyste et/ou un psychologue).

Hospitalisation

Séjour médicalement nécessaire dans un établissement légalement considéré comme une institution hospitalière, donnant lieu à une facturation de frais de séjour dans les cadres "Hospitalisation" et "Hôpital (chirurgical ou non) de jour".

Intervention légale

- pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés;
- pour les frais exposés dans un pays étranger : tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant théorique sur base du remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

Par législations belges applicables aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident, on entend :

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

Maison de naissance

Institution qui accompagne les grossesses et accouchements et qui se distingue plus en particulier de l'accueil strictement médical dans un hôpital par son approche comme un processus naturel dans un environnement plus familiale.

Maladie

Altération de la santé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

Matériel médical

Tout matériel qui est médicalement nécessaire au processus de guérison de l'assuré.

Médicament

Produit prescrit par un médecin et agréé comme tel par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Produit parapharmaceutique

Produit délivré en (para)pharmacie ou chez un bandagiste, prescrit par un médecin, nécessaire au traitement médical de l'assuré et qui n'est pas reconnu comme un médicament par l'Ordre des Pharmaciens.

Prothèse

Appareil qui remplit, totalement ou partiellement, la fonction d'un organe ou d'un membre.

Soins ambulatoires

Soins prodigués en dehors d'une hospitalisation.

Soins palliatifs

Aide et assistance pluridisciplinaires dispensées dans un hôpital afin de rencontrer globalement les besoins physiques, psychiques et spirituels des patients durant la phase terminale de leur maladie et qui contribuent à la préservation d'une qualité de vie pour les patients et leur famille.

Stage

Période pendant laquelle aucune prestation n'est due; cette période prend cours à la date d'affiliation de l'assuré.

Terrorisme

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

Traitement

Un traitement est défini dans le domaine médical et pour l'INAMI comme un ensemble de prestations liées, réparties sur 1 ou plusieurs séances.

Travailleur frontalier

Résident des Pays-Bas, de l'Allemagne, du Luxembourg ou de la France qui travaille en Belgique pour un preneur d'assurance belge.

B. Lexique relatif à l'article 12 "Assistance"

Bagages

Effets personnels emportés par l'assuré ou transportés à bord du véhicule assuré. Ne sont pas assimilés à des bagages : un planeur, une planche à voile, un bateau, des marchandises commerciales, du matériel scientifique, des matériaux de construction, du mobilier de maison, des chevaux, du bétail.

Incident médical

La maladie ou l'accident corporel survenant à un assuré, ainsi que l'état de grossesse et l'accouchement.

Rapatriement

Retour du véhicule et/ou des assurés à leur domicile.

Rapatriement sanitaire

Le transport vers un centre de soins d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier). Un rapatriement sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité d'un traitement adapté sur place.

Travailleur frontalier

Résident des Pays-Bas, de l'Allemagne, du Luxembourg ou de la France qui travaille en Belgique pour un preneur d'assurance belge.

Valeur résiduelle du véhicule assuré

La valeur du véhicule déterminée par un expert après l'incident technique.

Véhicule assuré

A l'exception du véhicule circulant sous plaque marchande ou d'essai et pour autant qu'il soit en règle de contrôle technique : la moto d'une cylindrée supérieure à 125 cc, le véhicule affecté à usage de tourisme ou affaires ou à usage mixte, le véhicule de type tout terrain, le motor-home ou la camionnette. La masse maximale autorisée (M.M.A.) ne doit pas dépasser 3,5 tonnes et / ou sa longueur doit être inférieure à 6 mètres. Le véhicule doit être immatriculé en Belgique. Lorsqu'ils sont tractés par le véhicule désigné : la remorque ou la caravane, dont la M.M.A. ne dépasse pas 3,5 tonnes et / ou dont la longueur ne dépasse pas 6 mètres.