

Hospital Police de groupe

Conditions Générales

0096-0026L0000.04-01012004

Contenu

Votre police comprend les présentes Conditions Générales ainsi que les Conditions Particulières. Les conditions qui vous concernent, en tant que preneur d'assurance, se trouvent aux Conditions Particulières. Vos Conditions Particulières s'appliquent toujours avec priorité sur les présentes Conditions Générales. Nous vous conseillons de lire les deux attentivement.

Garanties

1. Hospitalisation
2. Soins ambulatoires avant et après l'hospitalisation
3. Soins ambulatoires en cas de maladies graves - Soins palliatifs
4. Assistance

Limitations de garantie

Règlement de sinistres et indemnisation

1. Déclaration
2. Calcul de l'indemnité
3. Paiement direct - AssurCard
4. Collaboration
5. Subrogation
6. Contestation médicale

Divers

1. Prise d'effet
2. Libre choix
3. Territoire
4. Déclarations/autres assurances
5. Durée de l'assurance et résiliation
6. Fin de l'affiliation
7. Modalités continuation
8. Paiement de prime
9. Adaptation de conditions et de primes

- 3 10. Acceptation des risques/nouvelles affiliations
11. Communications
12. Communications obligatoires

Définitions

- Accident
- Année d'assurance
- Appareil orthopédique
- Assuré
- Assureur d'assistance
- Baloise Insurance
- Etablissement de soins
- Frais d'hôtel
- Hospitalisation
- Intervention légale
- Maladie
- Maladie grave
- Médicament
- One day clinic
- Preneur d'assurance
- Prothèse
- Soins ambulatoires
- Soins palliatifs

12

Vous retrouverez les explications des mots en *italique* dans les 'Définitions', à la fin des présentes Conditions Générales.

Garanties

1. Hospitalisation

NOUS ASSURONS les frais nécessaires du point de vue médical engagés par l'*assuré* à la suite de *maladie*, d'*accident* ou d'accouchement lors:

1. de l'hospitalisation de l'*assuré*;
2. d'un traitement du type *one day clinic*;
3. d'un accouchement à domicile.

NOUS INDEMNISONS les prestations suivantes:

1. le séjour de l'*assuré* dans un *établissement de soins*;
2. des prestations médicales et paramédicales dans la mesure où elles sont effectuées ou prescrites par un médecin;
3. les *médicaments*;
4. les *prothèses, appareils orthopédiques, verres de contact et verres de lunettes* dans la mesure où ils sont prescrits par un médecin;
5. le matériel médical, endoscopique et de viscérosynthèse;
6. le transport par ambulance ou par hélicoptère dans la mesure où cela se justifie du point de vue médical vu l'urgence et l'état de santé de l'*assuré* et dans la mesure où il se rapporte à la période d'*hospitalisation*, à savoir à partir du jour d'*hospitalisation* jusqu'au jour de sortie de l'*établissement de soins* compris. Nous limitons le remboursement des frais de transport à 1.850 EUR par *assuré* et par *hospitalisation*;
7. des moyens homéopathiques dans la mesure où ils sont prescrits par un médecin, limités à 50 % du coût de ceux-ci avec un plafond de 180 EUR par *assuré* et par *année d'assurance*;
8. l'acupuncture, chiropraxie et l'ostéopathie dans la mesure où elles sont prescrites par un médecin. Nous limitons le remboursement à 20 EUR au maximum par traitement et ce au maximum 10 fois par *assuré* et par *année d'assurance*;
9. les extractions de dents;
10. les traitements dentaires nécessaires du point de vue médical à la suite d'un *accident*. Les *prothèses* dentaires et les matériaux dentaires utilisés à cet effet sont indemnisés à condition qu'ils donnent droit à une *intervention légitime*.

EN PLUS, NOUS INDEMNISONS EGALEMENT dans la période d'*hospitalisation*:

1. les frais pour le séjour d'un des parents, des grands-parents ou du tuteur dans l'*établissement de soins* en cas d'une *hospitalisation* d'un enfant assuré de 14 ans au maximum;
2. les frais de séjour et les prestations médicales pour le donneur lorsqu'un *assuré* reçoit un organe ou du tissu;
3. les frais pour le bébé en cas d'un accouchement jusqu'à ce que celui-ci quitte l'*établissement de soins*;
4. le test mort subite du nouveau-né;
5. les *soins palliatifs*;
6. les frais de morgue dans la mesure où ils sont repris dans la facture de hôpital;
7. les frais pour la reprise de cellules souches du cordon ombilical au moment de l'accouchement, avec un maximum de 400 EUR. Toutefois, nous n'indemnisons pas les frais de conservation.

2. Soins ambulatoires avant et après l'hospitalisation

NOUS ASSURONS les frais pour les *soins ambulatoires* de l'*assuré* engagés avant ou après l'*hospitalisation* et se rapportant directement à la raison de l'*hospitalisation*, de l'*hospitalisation* dans un *one day clinic* ou de l'accouchement à domicile pendant une période de:

1. 2 mois avant l'*hospitalisation* jusqu'à 6 mois après sortie de l'*établissement de soins*;
2. 2 mois avant jusqu'à 6 mois après le jour d'*hospitalisation* dans un *one day clinic*;
3. 2 mois avant jusqu'à 6 mois après le jour de l'accouchement à domicile.

NOUS INDEMNISONS les frais nécessaires du point de vue médical engagés par l'*assuré* pour:

1. des prestations médicales et paramédicales dans la mesure où elles sont effectuées ou prescrites par un médecin;
2. les *médicaments*;
3. les *prothèses, appareils orthopédiques*, verres de contact et verres de lunettes dans la mesure où ils sont prescrits par un médecin;
4. des moyens homéopathiques dans la mesure où ils sont prescrits par un médecin, limités à 50 % du coût de ceux-ci avec un plafond de 180 EUR par *assuré* et par *année d'assurance*;
5. l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie dans la mesure où elles sont prescrites par un médecin. Nous limitons le remboursement à 20 EUR au maximum par traitement et ce au maximum 10 fois par *assuré* et par *année d'assurance*;
6. la location de matériel nécessaire du point de vue médical;
7. les soins postnatals, limités à 75 EUR par jour et cela jusqu'à 8 jours au maximum après la date de l'accouchement.

TOUTEFOIS, NOUS N'INDEMNISONS PAS les frais de transport.

3. Soins ambulatoires en cas de maladies graves - Soins palliatifs

NOUS ASSURONS les frais pour les *soins ambulatoires* de l'*assuré* engagés dans le cadre de *maladies graves* et de *soins palliatifs* sans qu'une *hospitalisation* ou un traitement dans un *one day clinic* soit requis.

NOUS INDEMNISONS les frais nécessaires du point de vue médical engagés par l'*assuré* pour:

1. des prestations médicales et paramédicales dans la mesure où elles sont effectuées ou prescrites par un médecin;
2. les *médicaments*;
3. les *prothèses, appareils orthopédiques*, verres de contact et verres de lunettes dans la mesure où ils sont prescrits par un médecin;
4. le séjour de l'*assuré*, même en dehors d'un *établissement de soins*, dans le cadre de *soins palliatifs*;
5. la location de matériel nécessaire du point de vue médical.

TOUTEFOIS, NOUS N'INDEMNISONS PAS les frais de transport.

LIMITE D'INDEMNISATION:

Pour les *soins palliatifs* où des frais de séjour dans un *établissement* qui n'est pas un *établissement de soins* sont mis en compte, nous limitons notre intervention maximale dans ces frais de séjour à 75 EUR par jour d'*hospitalisation*.

La totalité de notre intervention du chef de la garantie Soins ambulatoires en cas de maladies graves - Soins palliatifs est toujours limitée à 6.500 EUR par *assuré* et par *année d'assurance*.

4. Assistance

Pour faire appel à la garantie Assistance, vous pouvez prendre contact avec notre *assureur d'assistance* directement au numéro d'assistance, mentionné dans les Conditions Particulières ou sur votre AssurCard.

HOSPITALISATION EN BELGIQUE:

En cas d'*hospitalisation* en Belgique à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, l'*assuré* peut faire appel à un **service de garde** dans la mesure où il a des enfants n'ayant pas encore atteint l'âge de 14 ans. Cette garantie est limitée à un montant de 65 EUR par jour durant une semaine au maximum.

HOSPITALISATION EN DEHORS DE LA BELGIQUE:

En cas d'*hospitalisation* dans un pays en dehors de la Belgique à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident*, l'*assuré* peut faire appel à l'*assureur d'assistance* pour les garanties et services suivants:

1. **Prise de garantie** par l'*assureur d'assistance* pour le paiement des factures, si l'*établissement de soins*, dans lequel l'*assuré* est hospitalisé, l'exige. Si l'*assureur d'assistance* paie effectivement les factures, le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* est obligé, dans le mois après réception des factures, de faire les démarches nécessaires afin de les récupérer via la sécurité sociale et de verser les montants reçus à l'*assureur d'assistance*.
2. **Paiement d'une avance** par l'*assureur d'assistance* si l'*établissement de soins*, dans lequel l'*assuré* est hospitalisé, l'exige. Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* est obligé, dans le mois après réception des factures, de faire les démarches nécessaires afin de les récupérer via la sécurité sociale et de verser les montants reçus à l'*assureur d'assistance*.
3. **Assistance médicale:** l'équipe médicale de l'*assureur d'assistance* se met immédiatement en contact avec le médecin traitant sur place, afin de pouvoir décider du traitement optimal et fondé du point de vue médical, adapté à l'état de l'*assuré*. En tout cas, l'organisation des premiers secours se fait par les instances locales.
4. **Rapatriement** d'un malade ou d'un blessé si l'équipe médicale de l'*assureur d'assistance* le trouverait nécessaire, à un *établissement de soins* en Belgique ou au domicile de l'*assuré*. C'est l'*assureur d'assistance* qui se prononce sur les modalités de transport (par le train, en ambulance, par avion, ...) et l'éventuelle assistance médicale (infirmier, médecin, ...) selon la gravité du cas. Dans la mesure où le malade ou le blessé est un enfant assuré de 14 ans ou moins, le rapatriement d'un accompagnateur est également pris à charge. L'*assureur d'assistance* prend les frais de rapatriement complètement à sa charge. Si possible, l'*assureur d'assistance* peut évidemment demander que l'*assuré* se sert de son titre de transport original. L'*assureur d'assistance* peut également demander de lui transmettre le titre de transport non utilisé.
5. **Les frais de voyage et les frais d'hôtel** d'un parent, d'un des grands-parents ou du tuteur, dans la mesure où un enfant assuré de 14 ans ou moins séjourne non en famille à l'étranger et doit y être hospitalisé par suite de *maladie* ou d'*accident*. L'*assureur d'assistance* s'occupe des modalités et des réservations du transport et de l'hôtel et prend les frais intégralement à sa charge. Ces frais sont indemnisés durant une semaine au maximum; pour les *frais d'hôtel*, un montant maximal de 65 EUR par jour est d'application.
6. Ainsi pour **transmettre des messages urgents, l'organisation de soins paramédicaux après hospitalisation et l'envoi de médicaments indispensables**, vous pouvez faire appel aux services de l'*assureur d'assistance*.

DECES EN DEHORS DE LA BELGIQUE:

En cas de décès de l'*assuré* dans un pays en dehors de la Belgique, l'*assureur d'assistance* peut également être contacté et il s'occupera:

1. des frais pour les soins du corps et des frais de la mise en bière sur place;
2. des frais du cercueil ou de l'urne d'un maximum de 620 EUR (y compris la crémation);
3. si la famille décide que l'inhumation ou la crémation a lieu en Belgique, les frais de rapatriement de la dépouille mortelle du lieu de décès à l'endroit indiqué en Belgique sont également à charge de l'*assureur d'assistance*. Les frais de l'inhumation ou de la crémation en Belgique ne sont pas inclus dans la garantie.

TOUTEFOIS, NE SONT PAS INDEMNISES:

1. tout événement dont la prise à charge n'est pas explicitement prévue dans la police;
2. les grossesses après la 26e semaine;
3. les effets nuisibles normalement prévisibles d'un acte téméraire ou d'une négligence dont l'*assuré* s'est rendu coupable et dont on aurait dû se rendre compte que ceux-ci représenteraient un danger pour l'intégrité physique de l'*assuré* ou de tiers;
4. les prestations garanties qui ne peuvent être accordées à cause d'un cas de force majeure ou d'une décision de la part des pouvoirs publics;
5. la rechute ou la guérison de toutes les affections connues qui n'ont pas encore été consolidées ou qui étaient traitées avant la date de départ et qui peuvent contenir un véritable danger d'une aggravation rapide.

Limitations de garantie

N'entrent pas en ligne de compte pour indemnisation, les frais par suite:

1. d'infirmités et de *maladies* et de leurs suites qui se sont déjà manifestées au moment de l'affiliation de l'*assuré* et d'*accidents* survenus avant la date d'affiliation, dans la mesure où ceux-ci étaient connus par l'*assuré* ou par le *preneur d'assurance* et n'ont pas été mentionnés sur la proposition;
2. de cures telles que bains de boue, régimes amaigrissants ou cures de désintoxication, même si elles sont prescrites par un médecin;
3. de vaccination légale, d'examens ou de traitements de fécondité, de stérilisation, de traitements contraceptifs, d'interruption volontaire de grossesse, d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro;
4. de tentatives de suicide;
5. d'un acte intentionnel de l'*assuré*, sauf en cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens. Un acte intentionnel est un acte commis volontairement et consciemment entraînant des dommages qui sont raisonnablement prévisibles;
6. de guerre ou de faits similaires et de guerre civile;
7. de conflits du travail, de grève et de lock-out, d'attentats, d'émeute, de mouvement populaire, d'actes de terrorisme ou de sabotage, si l'*assuré* y a pris une part active. L'*assuré* doit fournir la preuve qu'il n'y a pas participé activement. Si l'*assuré* fournit la preuve qu'il n'y a pas participé activement, nous indemnisons quand même;
8. d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'usage abusif de *médicaments*;
9. d'*accidents* ou de *maladies* survenus lorsque l'*assuré* se trouve en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique ou lorsqu'il se trouve sous l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues, sauf si l'*assuré* fournit la preuve qu'il n'existe pas de lien causal entre l'*hospitalisation* et ces circonstances;
10. de réactions atomiques, de radioactivité et de radiations ionisantes, sauf en cas de radiations nécessaires du point de vue médical lors du traitement d'un sinistre assuré;
11. de *maladies* ou d'*accidents* se produisant à la suite de l'exercice professionnel de n'importe quel sport;
12. de traitements dentaires, sauf ceux mentionnés sous la garantie Hospitalisation;
13. d'embarras psychique qu'éprouve l'*assuré* à la suite d'obésité, de défauts esthétiques (anomalies de la poitrine, signes de vieillissement de la peau, ...), des infirmités, etc. Des traitements esthétiques sont uniquement couverts, s'ils résultent directement des lésions corporelles d'une *maladie* ou d'un *accident* pour lesquels la garantie est acquise;
14. des interventions visant surtout une augmentation du confort corporel et/ou hygiénique telles que des opérations de diminution de la poitrine, l'enlèvement de *pannicules adipeux*, liposuction, ...;
15. des interventions à l'appareil gastro-intestinal en raison d'obésité;
16. d'un changement de sexe;
17. de grossesse et d'accouchement au cours des 9 premiers mois après l'affiliation.

Règlement de sinistres et indemnisation

1. Déclaration

Chaque sinistre doit être déclaré au médecin-conseil de Baloise Insurance dans le mois. Cette déclaration doit se faire moyennant le formulaire mis à la disposition par Baloise Insurance ou moyennant le système AssurCard.

La déclaration mentionne tous les renseignements utiles relatifs aux circonstances et à la raison de l'*hospitalisation*, de l'*hospitalisation* dans un *one day clinic*, de l'accouchement à domicile, de la *maladie grave* ou des *soins palliatifs*.

Les factures originales pouvant donner lieu à un remboursement doivent être transmises à Baloise Insurance dans le mois qui suit la réception.

Ces factures doivent comprendre les renseignements suivants:

1. le nom et le prénom de la personne traitée;
2. la date du traitement;
3. la prestation effectuée, avec mention du numéro de nomenclature;
4. les honoraires demandés;
5. la mention des *interventions légales*;
6. pour des *médicaments*: un certificat du pharmacien mentionnant le nom et le prix du *médicament*, la date de remise et le nom du médecin qui a prescrit le *médicament*.

Après indemnisation, tous les documents susmentionnés deviennent la propriété de Baloise Insurance.

2. Calcul de l'indemnité

Nos garanties pourvoient le remboursement à l'*assuré* des frais justifiés du point de vue médical.

Nous calculons notre intervention en déduisant des frais facturés couverts par les garanties de la présente police:

1. l'*intervention légale*;
2. toute autre intervention de la part des mutuelles;
3. les frais au-dessus des éventuelles limites d'indemnisation.

2.1. Hospitalisations dans la Région de Bruxelles-Capitale et en dehors de l'Union européenne

Pour les *hospitalisations* dans la Région de Bruxelles-Capitale et en dehors de l'Union européenne, les limitations suivantes sont d'application:

1. par honoraire mis en compte, nous payons au maximum 2 fois l'*intervention légale*;
2. pour les frais de séjour de l'*assuré*, nous payons au maximum 100 EUR par jour d'*hospitalisation* facturé.

Ces limitations ne sont pas valables lorsque l'*assuré*:

1. est hospitalisé dans l'*établissement de soins* AZ-VUB à Jette;
2. est hospitalisé, à la suite d'un renvoi d'un *établissement de soins* situé en dehors de la Région de Bruxelles-Capitale, dans un *établissement de soins* situé dans la Région de Bruxelles-Capitale, dans la mesure où ce renvoi est nécessaire par suite d'un manque de possibilités thérapeutiques;
3. est hospitalisé, à la suite d'un *accident*, dans un *établissement de soins* situé dans la Région de Bruxelles-Capitale ou en dehors de l'Union européenne;
4. est hospitalisé pour une affection aiguë et que l'*hospitalisation* dans un *établissement de soins* dans la Région de Bruxelles-Capitale ou en dehors de l'Union européenne est nécessaire par suite du caractère urgent de la *maladie*;
5. laisse effectuer, après autorisation de notre médecin-conseil, un traitement nécessaire du point de vue médical en dehors de l'Union européenne.

2.2. Hospitalisations par suite d'affections psychiques

Pour des sinistres à la suite d'affections psychiques et psychosomatiques ainsi qu'à la suite de *maladies* mentales et nerveuses, le montant entrant en ligne de compte pour notre indemnisation est limité à 75 % après application des points susmentionnés. Exception faite des cas particuliers qui sont exclus dans le chapitre "Limitations de garantie".

2.3. Franchise

La franchise est la partie des frais remboursables restant à charge de l'*assuré*. Le montant de la franchise est mentionné dans les Conditions Particulières.

Nous ne mettons pas en compte la franchise en cas:

1. d'accouchement à domicile;
2. d'*hospitalisations* du type *one day clinic*;
3. de la garantie Soins ambulatoires en cas de maladies graves - Soins palliatifs.

L'éventuelle franchise est appliquée par *assuré* et par *année d'assurance*.

3. Paiement direct - AssurCard

Si l'*assuré* est hospitalisé dans un *établissement de soins* affilié auprès d'AssurCard, nous pouvons payer directement la facture de l'hôpital à l'*établissement de soins* dans la mesure où l'*hospitalisation* est conforme aux garanties de la police.

En utilisant l'AssurCard, l'*assuré* accepte que nous payions pour le compte de la personne qui devrait normalement supporter les frais.

Ce qui n'est pas garanti par la police, tel que l'éventuelle franchise, les frais non médicaux ainsi que les frais non garantis ou partiellement garantis par cette police, sera mis en compte par nous ou sera nous remboursé par l'*assuré* à la première demande.

Tout paiement que nous effectuons directement à l'*établissement de soins*, se fait toujours sans reconnaissance préjudiciable et sous réserve d'un examen des garanties relatives au sinistre.

4. Collaboration

L'*assuré* est tenu de mandater son médecin traitant de communiquer tous les renseignements relatifs à son état de santé au médecin-conseil de Baloise Insurance, afin de le permettre de juger en connaissance de cause.

Nous avons le droit de vérifier les déclarations qui nous ont été faites ainsi que les réponses à nos questions d'informations et, si nécessaire, d'exiger un contrôle par notre médecin-conseil. L'*assuré* doit prendre les mesures nécessaires pour permettre et faciliter les constatations qui doivent être faites par nos délégués.

Si une de ces obligations concernant la déclaration et la collaboration n'est pas remplie par l'*assuré*, nous pouvons réduire la prestation conformément au préjudice que nous avons subi. Toutefois, nous pouvons refuser la couverture, si les obligations relatives à l'intention frauduleuse ne sont pas respectées.

5. Subrogation

Baloise Insurance est subrogée, jusqu'à concurrence de ses dépenses, aux droits de l'*assuré*:

- vis-à-vis d'un tiers qui peut être tenu responsable;
- vis-à-vis de toute personne qui est tenue d'intervenir en vertu de l'article 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

Sauf en cas de fait intentionnel, Baloise Insurance n'exercera pas ce droit contre:

1. les parents en ligne directe de l'*assuré*;
2. le conjoint et les alliés en ligne directe de l'*assuré*;
3. les personnes habitant sous son toit;
4. ses hôtes;
5. son personnel domestique.

Toutefois, Baloise Insurance peut exercer un recours contre les personnes mentionnées dans l'alinéa précédent, dans la mesure où leur responsabilité est effectivement couverte par une police.

6. Contestation médicale

En cas de litiges médicaux, les parties peuvent décider de commun accord de régler ce litige par une expertise médicale à l'amiable, moyennant 2 médecins désignés par les parties.

Si les 2 médecins n'arrivent pas à un accord, ils pourront désigner un 3e médecin ou ils peuvent s'adresser pour ce choix au Président du Tribunal de première instance et cela à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin et la moitié des honoraires du tiers.

DIVERS

1. Prise d'effet

La police est souscrite moyennant paiement de la première prime après émission des Conditions Particulières. La couverture est accordée à partir de la date indiquée aux Conditions Particulières, à condition que la première prime soit payée. La présente stipulation l'emporte sur les Conditions Particulières.

2. Libre choix

L'assuré choisit en toute liberté l'établissement de soins, le type de chambre et le médecin traitant.

3. Territoire

Les garanties sont valables dans le monde entier.

4. Déclarations/autres assurances

Le preneur d'assurance ou l'assuré sont tenus de communiquer à Baloise Insurance toute autre assurance ayant le même objet et/ou accordant couverture aux mêmes assurés.

5. Durée de l'assurance et résiliation

La police est souscrite pour la durée d'un an, à compter de sa date de prise d'effet, sauf si l'on y déroge aux Conditions Particulières. A la fin de ce délai, la convention se renouvelle tacitement, chaque fois pour un délai d'un an, sauf si une des parties résilie la convention 3 mois au minimum d'avance par lettre recommandée.

Les garanties de cette assurance ne sont plus accordées durant la période de suspension de la couverture à la suite du non-paiement de la prime (cf. rubrique Paiement de prime).

Si l'assuré est hospitalisé au moment de l'expiration de la police ou de la suspension de la couverture, Baloise Insurance remboursera les frais d'hospitalisation y afférents, déduction faite de la prime due par l'assuré pour cette période.

Toutefois, les frais pour les soins ambulatoires engagés après l'expiration de la police ou lors de la suspension de la couverture ne seront plus remboursés.

Toutefois, Baloise Insurance n'accordera aucune intervention pour des soins médicaux prodigués après que l'assuré a atteint l'âge de 65 ans.

6. Fin de l'affiliation

L'affiliation du membre du personnel assuré et des membres affiliés de sa famille prend fin le jour où le membre du personnel affilié ne travaille plus effectivement auprès du preneur d'assurance à cause de la cessation du contrat de travail, soit:

- en cas de décès du membre du personnel affilié;
- lors du départ du membre du personnel affilié en raison:
 - de pension, de prépension ou de toute autre forme de pension anticipée;
 - de licenciement.

L'affiliation des membres affiliés de la famille prend fin conformément aux stipulations reprises dans les Conditions Particulières.

Les garanties de cette assurance ne sont plus accordées pendant la durée de la police, lorsqu'un assuré cesse d'être affilié. Dans les cas susmentionnés, les assurés ont droit à une continuation individuelle (cf. rubrique Modalités continuation).

Toutefois, si l'*assuré* est hospitalisé au moment de l'expiration de la police ou de la suspension de la couverture, Baloise Insurance remboursera les frais d'*hospitalisation* y afférents, déduction faite de la prime due par l'*assuré* pour cette période.

Toutefois, les frais pour les *soins ambulatoires* engagés après l'expiration de la police ou lors de la suspension de la couverture ne seront plus remboursés.

Toutefois, Baloise Insurance n'accordera aucune intervention pour des soins médicaux prodigués après que l'*assuré* a atteint l'âge de 65 ans.

7. Modalités continuation

Lorsque l'affiliation d'un *assuré* est cessée pour n'importe quelle raison, nous pourvoyons la possibilité de souscrire une police individuelle Hospitalisation, dans la mesure où:

- l'*assuré* a été affilié pendant 3 mois au minimum;

et

- la date de prise d'effet de la police individuelle est égale à la date de cessation de l'affiliation de l'*assuré* à cette police;

et

- la demande de continuation à titre personnel est introduite dans le mois suivant la cessation de l'affiliation de l'*assuré* à cette police.

En outre, dans les 3 cas suivants, nous ne demandons pas de nouvelles formalités médicales et nous ne tenons pas compte de l'éventuelle statistique des sinistres:

- un questionnaire médical a déjà été rempli lors de la souscription de cette police;

ou

- l'*assuré* est affilié à cette police pendant 3 mois au minimum;

ou

- l'*assuré* est affilié pendant un an sans diagnostic d'une *maladie grave* ou sans *hospitalisation*.

La continuation dans une police individuelle Hospitalisation se fait au tarif et aux conditions en vigueur à ce moment pour notre police individuelle Hospitalisation. Au cas où des conditions restrictives seraient d'application dans la présente police, celles-ci sont reprises dans la police individuelle Hospitalisation. Par conséquent, la transition à une police individuelle ne donne pas lieu à une extension des garanties.

8. Paiement de prime

La prime, majorée des taxes et des cotisations, est une prime annuelle, également en cas de paiement de prime fractionné autorisé aux Conditions Particulières.

La prime est payable par anticipation aux échéances, à la demande de Baloise Insurance ou de l'intermédiaire mandaté à ce moment par Baloise Insurance.

A défaut de paiement de prime, Baloise Insurance peut mettre en demeure le *preneur d'assurance* et suspendre la couverture de la police ou résilier la police à titre de sanction.

A partir de cette mise en demeure, la prime doit être payée directement et uniquement à Baloise Insurance. A défaut de paiement de prime dans un délai de 15 jours, à compter du jour suivant la mise en demeure, la couverture est suspendue et de nouveaux sinistres ne sont plus assurés.

Lorsqu'il n'y a pas d'autres primes arriérées pour cette police, la couverture reprend effet après que Baloise Insurance a reçu la prime, éventuellement majorée des intérêts. Baloise Insurance peut faire dépendre la reprise d'effet de la police du résultat favorable des formalités médicales à remplir éventuellement.

Durant la période de suspension, Baloise Insurance a le droit de résilier cette police. Cette résiliation prend effet après l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

La prime est mise en compte pour chaque *assuré* à partir du premier jour du mois durant lequel il est affilié jusqu'au dernier jour du mois de son départ.

9. Adaptation de conditions et de primes

Selon l'évolution de l'indice de la rubrique "Soins à l'hôpital" faisant partie de l'indice des prix à la consommation, la prime peut être indexée à chaque échéance annuelle. L'indexation maximale est obtenue moyennant le rapport entre la moyenne annuelle de cet indice le 31/08 de l'année civile précédant l'*année d'assurance* en cours et la moyenne annuelle le 31/08 de l'année civile précédant l'année dans laquelle la police entrait en vigueur. Toutefois, le *preneur d'assurance* peut résilier la police.

En plus, nous nous réservons le droit d'adapter les conditions et les primes lorsque:

1. la mesure susmentionnée ne suffit pas pour couvrir le prix de revient augmenté réellement des prestations garanties;
2. l'autorité compétente adapte la législation en matière de sécurité sociale, la loi d'hôpital (07/08/1987) ou une autre législation dans le cadre des soins de santé à tel point que cela entraîne une aggravation considérable du coût des prestations prévues originales du chef de la présente police.

La modification des conditions ne peut avoir pour conséquence que nous touchons aux caractéristiques essentielles de la présente police. Si vous n'êtes pas d'accord avec ces adaptations, vous pouvez résilier la police.

Si nous adaptons nos conditions ou notre tarif, nous vous en informerons par écrit.

Si vous ne résiliez pas la police selon les règles suivantes, les nouvelles conditions ou le nouveau tarif prendront effet à l'échéance annuelle.

Le moment auquel nous vous avertissons est déterminant pour vos possibilités de résiliation et le délai de résiliation que vous devez respecter:

1. si nous vous avertissons au moins 4 mois avant l'échéance annuelle, vous pouvez résilier la police à l'échéance. Toutefois, vous devez respecter un délai de résiliation de 3 mois;
2. si nous vous informons moins de 4 mois avant l'échéance annuelle, vous avez 3 mois après cette notification pour prendre une décision:
 - a. si vous pouvez respecter le délai de résiliation légal de 1 mois au minimum, vous pouvez résilier la police à l'échéance;
 - b. dans tous les autres cas, vous pouvez résilier avec un délai de résiliation de 1 mois. Pour la période après l'échéance, nous mettons en compte une prime calculée pro rata temporis à l'ancien tarif et vous gardez les anciennes conditions pour cette période.

10. Acceptation des risques/nouvelles affiliations

Baloise Insurance subordonne l'affiliation de l'*assuré* au résultat favorable du questionnaire médical.

Sur demande de Baloise Insurance, l'*assuré* doit remplir des formalités médicales ultérieures.

Baloise Insurance se réserve le droit soit de refuser une affiliation, soit de proposer des Conditions Particulières complémentaires. Dans le dernier cas, les dispositions médicales restrictives sont fixées dans un avenant individuel à la police.

Cet avenant fait partie intégrante de la police et est impératif pour toutes les parties.

Des nouveau-nés peuvent être affiliés à partir de la date de naissance sans formalités médicales si:

1. un des parents est assuré depuis 6 mois au minimum à la naissance;
2. l'affiliation est demandée dans le mois après la naissance.

11. Communications

Le *preneur d'assurance* s'engage à communiquer immédiatement à Baloise Insurance tout changement d'adresse. Les communications destinées à Baloise Insurance doivent être adressées à un de ses sièges en Belgique.

Les communications destinées au *preneur d'assurance* sont valablement faites à la dernière adresse connue par Baloise Insurance.

12. Communications obligatoires

Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée

Baloise Insurance traite les coordonnées dans le cadre de l'appréciation du risque, de la gestion de polices et de sinistres et à des fins commerciales. Ces données peuvent également être utilisées au sein des entreprises du Baloise Group.

Conformément à la loi sur la protection de la vie privée l'*assuré* peut toujours consulter ces données et les faire corriger auprès du Secrétariat général (privacy@baloise.be). Si l'*assuré* ne souhaite pas recevoir des informations commerciales, il/elle doit le signaler.

L'*assuré* nous donne son consentement explicite pour faire traiter ses données relatives à la santé ainsi que ses données judiciaires dans le cadre de la gestion de polices et de sinistres. Nous pouvons également utiliser toutes les coordonnées acquises dans le cadre de la lutte contre la fraude.

L'*assuré* consent à ce que les coordonnées, uniquement dans le cadre de notre gestion de polices et de sinistres, puissent être transmises à notre réassureur ou à des tiers auxquels nous sommes liés par contrat.

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise Insurance entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

Définitions

Accident

Un événement soudain dont la cause ou une des causes se trouve en dehors de l'organisme de l'*assuré* et entraîne une lésion corporelle.

Année d'assurance

Une année d'assurance est la période de 12 mois, à compter à partir de l'échéance annuelle déterminée aux Conditions Particulières de la police. Si la date d'affiliation d'un *assuré* ne correspond pas l'échéance annuelle, la première année d'assurance est constituée de la période entre la date d'affiliation et l'échéance annuelle de la police.

Appareil orthopédique

Un appareil servant à éviter ou à corriger des difformités du corps.

Assuré

Toute personne sur la tête de qui la police est souscrite et qui est mentionnée dans cette qualité aux Conditions Particulières.

Assureur d'assistance

L'assureur d'assistance pour la garantie Assistance comme mentionné à la rubrique concernée est Inter Partner Assistance (IPA) avec siège à 1050 Bruxelles, rue du Trône 98, B9, et agréé sous le numéro de code 487.

Baloise Insurance

Baloise Insurance est le nom commercial de Baloise Belgium SA.

Etablissement de soins

Un établissement légalement reconnu en tant qu'hôpital et où des personnes qui y sont admises peuvent y séjourner et peuvent subir à tout moment des examens et/ou des traitements dans le domaine de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'accouchement. L'*hospitalisation* est nécessaire parce que l'état de santé de l'intéressé requiert la totalité des soins afin de lutter contre la *maladie* ou de l'alléger, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans un délai aussi bref que possible.

Ne sont pas considérés comme établissements de soins:

1. les sections ou cliniques psychiatriques;
2. les institutions médico-pédagogiques;
3. les établissements de cure;
4. les établissements destinés exclusivement à héberger les personnes âgées, les enfants ou les convalescents;
5. les institutions destinées exclusivement à des cures de désintoxication à la suite d'usage de drogues, d'alcool ou de *médicaments*.

Frais d'hôtel

Les frais de la nuitée dans une chambre avec petit déjeuner.

Hospitalisation

Par cela nous entendons chaque séjour nécessaire d'un point de vue médical dans un *établissement de soins* d'au moins une nuit.

Intervention légale

- pour des frais engagés en Belgique, tout remboursement prévu par la législation sociale belge s’appliquant aux travailleurs, à savoir:
 - la législation relative à l’assurance obligatoire *maladie* et invalidité;
 - la législation relative aux *accidents* du travail;
 - la législation relative aux *maladies* professionnelles;
- pour des frais engagés à l’étranger, tout remboursement prévu par une convention conclue avec le pays concerné et relative à la sécurité sociale des travailleurs ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la législation sociale belge s’appliquant aux travailleurs.

Si l’*assuré* ne reçoit pas cette intervention légale pour n’importe quelle raison, ou qu’il n’y ait pas droit, il est tenu compte d’une intervention fictive qui est égale à l’intervention légale.

Maladie

Un ébranlement de la santé dû à une cause autre qu’un *accident*, avec des symptômes objectifs manifestes, reconnus par un médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Maladie grave

Ce sont les *maladies* mentionnées ci-après dans le cadre de la présente police: cancer (y compris leucémie et *maladie* de Hodgkin), sclérose en plaques, *maladie* de Parkinson, *maladie* de Pompe, tétanos, variole, méningite, encéphalite, sida, sclérose latérale amyotrophe, dystrophie musculaire progressive, *maladie* d’Alzheimer, poliomyélite, *maladie* de Crohn, (para)typhoïde, choléra, tuberculose, hépatite virale, mucoviscidose, diabète, paludisme, diphtérie, charbon, *maladie* de Creutzfeldt-Jakob et *maladies* pour lesquelles une dialyse rénale est requise.

Médicament

Un produit que l’on vend uniquement dans une pharmacie et qui est prescrit par un médecin et qui appartient aux produits pharmaceutiques enregistrés en tant que tel par le ministère compétent.

One day clinic

Par un traitement du type one day clinic (ou *hospitalisation* de jour), nous entendons un séjour dans un *établissement de soins* pour lequel l’*établissement de soins* met en compte un forfait mini ou maxi ou un forfait A, B, C ou D.

Preneur d’assurance

La personne physique ou morale qui conclut une police auprès de Baloise Insurance, indiquée par “vous” dans la présente police.

Prothèse

Un appareil remplissant entièrement ou partiellement la fonction d’un organe ou d’un membre.

Soins ambulatoires

Des soins médicaux et/ou paramédicaux en dehors d’une période d’*hospitalisation*.

Soins palliatifs

Dans le cadre de la présente police, nous entendons par cela les soins fournis à un *assuré* qui souffre d’une ou de plusieurs affections évoluant défavorablement, avec une régression générale considérable de son état psychique ou physique, chez qui aucun traitement ni une rééducation ne peut enrayer cette évolution défavorable et dont le décès est attendu dans un terme relativement court, de sorte que le traitement appliqué ne contribue qu’à adoucir la souffrance et à la rendre convenable.

Chaque jour, nous faisons de notre mieux pour vous offrir un service optimal.

Vous n'êtes pas tout à fait satisfait ou vous avez une remarque?

Faites-le-nous savoir de sorte que nous puissions améliorer nos services et vous aider.

Vous pouvez nous joindre par téléphone: 078 15 50 56 ou par e-mail: serviceombudsman@baloise.be.

Toutefois, si cela reste sans solution, vous pouvez également vous adresser au:

Service Ombudsman Assurances asbl, Square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles

Tél. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

Il vous est bien évidemment loisible de porter l'affaire devant le tribunal.
