

Hospitalisation Individuelle

Conditions Générales

0096-B0047L000006-01062013

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 sont toujours prioritaires sur les présentes Conditions Générales. Nous vous conseillons de lire les deux attentivement.

Garanties	3	Définitions	11
1. Hospitalisation		Accident	
2. Soins ambulatoires avant et après l'hospitalisation		Année d'assurance	
3. Soins ambulatoires en cas de maladies graves - soins palliatifs		Appareil orthopédique	
4. Assistance		Assuré	
		Assureur d'assistance	
Limitations de garantie	6	Baloise Insurance	
		Etablissement de soins	
Règlement de sinistres et indemnisation	7	Frais d'hôtel	
1. Déclaration		Hospitalisation	
2. Calcul de l'indemnité		Intervention légale	
2.1. Hospitalisation dans la Région de Bruxelles-capitale et en dehors de l'Union européenne		Maladie	
2.2. Hospitalisations par suite d'affections psychiques		Maladie grave	
2.3. Franchise		Médicament	
3. Paiement direct - AssurCard		One day clinic	
4. Collaboration		Preneur d'assurance	
5. Subrogation		Prothèse	
6. Contestation médicale		Soins ambulatoires	
		Soins palliatifs	
Divers	9		
1. Prise d'effet			
2. Libre choix			
3. Territoire			
4. Déclarations/autres assurances			
5. Durée de l'assurance et résiliation			
6. Paiement de prime			
7. Adaptation des primes, des franchises, des prestations et des conditions de couverture			
8. Acceptation des risques/nouvelles affiliations			
9. Communications			
10. Communications obligatoires			

Vous retrouverez les explications des mots en *italique* dans les "Définitions", à la fin des présentes Conditions Générales. Afin d'augmenter la lisibilité de la police, Baloise Insurance est indiquée par "nous".

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, 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*;
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 légale*.

En plus, nous indemnisons également 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 ou 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 d'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 garderie 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 trouve 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 en 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. Aussi, 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*.

Décès 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 indemnisés:

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 manifestés 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. Si l'*assuré* fournit la preuve qu'il n'y a pas participé activement, nous indemnisons quand même. Quant à la couverture Terrorisme, cela signifie qu'une *hospitalisation* ou des *soins ambulatoires*, causés par le terrorisme, sont assurés conformément à la loi du 1 avril 2007. Nous nous sommes à cet effet affiliés à l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Dans le cadre de cette loi, un Comité chargé de la reconnaissance des sinistres et de la constatation des dédommagements à verser a été institué. Pour l'ensemble de nos engagements souscrits à l'égard de tous nos *assurés*, nous couvrons, conformément aux dispositions de cette loi, avec toutes les autres compagnies qui sont membres de l'ASBL TRIP et avec l'Etat belge, les sinistres reconnus par le Comité à concurrence d'un montant d'un milliard d'euros par année civile. Ce montant est adapté le 1 janvier de chaque année à l'indice des prix à la consommation, l'indice de décembre 2005 étant l'indice de base.
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 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*, liposuccion, ...;
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 la prise d'effet de la police.

Règlement des 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. Hospitalisation 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 les 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 payons 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 nous sera d'abord 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 lui 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 vivant 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 est tenu 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 conclue à vie. Toutefois, à la demande expresse du preneur d'assurance et si celui-ci y a intérêt, la police peut également être souscrite pour une durée déterminée.

Le preneur d'assurance a le droit de résilier la police annuellement à l'échéance. Cette résiliation doit se faire par lettre recommandée et la demande doit nous atteindre 3 mois avant l'échéance annuelle.

Baloise Insurance peut uniquement résilier la police en raison de non-paiement de la prime (voir rubrique suivante) ou en raison de fraude. 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 sont pas remboursés.

6. 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, nous pouvons suspendre les garanties ou résilier la police. A cet effet, nous mettons en demeure le preneur d'assurance par lettre recommandée. Cette lettre comporte sommation de payer la prime dans un délai de 15 jours, à compter du jour suivant le dépôt à la poste de la lettre recommandée. Les primes pour lesquelles nous avons mis en demeure le preneur d'assurance, doivent être payées directement et uniquement à *Baloise Insurance*. La suspension des garanties ou la résiliation de la police prend immédiatement effet en cas de non-paiement de la prime dans le délai déterminé ci-avant. De nouveaux sinistres ne sont plus assurés.

En cas de suspension des garanties, celles-ci ne reprennent effet qu'après que les primes arriérées, majorées des intérêts, sont versées sur notre compte bancaire. *Baloise Insurance* peut faire dépendre cette reprise d'effet de la police du résultat favorable des formalités médicales à remplir éventuellement.

Durant la période de suspension, nous avons le droit de résilier la police. Si nous nous sommes réservés ce droit dans la mise en demeure, la résiliation prendra effet au plus tôt après l'expiration d'un délai de 15 jours, à compter du premier jour de la suspension. Si nous ne nous sommes pas réservés ce droit dans la mise en demeure, l'éventuelle résiliation s'effectuera par une nouvelle lettre recommandée.

7. Adaptation des primes, des franchises, des prestations et des conditions de couverture

Les primes, les franchises et les prestations peuvent être adaptées à l'échéance annuelle de la police sur la base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation. L'indexation dans une année civile se fait à l'échéance annuelle par l'application du rapport entre l'indice du mois d'août de l'année civile qui précède l'année civile de l'indexation et l'indice du mois d'août de l'année civile qui précède de 2 ans l'année civile de l'indexation.

Les primes, les franchises et les prestations peuvent également être adaptées à l'échéance annuelle de la police sur la base de l'évolution de l'indice spécifique "garantie Chambre individuelle" si l'évolution de cet indice dépasse celui de l'indice des prix à la consommation. Cette adaptation ne tient pas compte de la catégorie d'âge à laquelle l'*assuré* appartient. L'indexation dans une année civile se fait à l'échéance annuelle par l'application du rapport entre l'indice du deuxième trimestre de l'année civile qui précède l'année civile de l'indexation et l'indice du deuxième trimestre de l'année civile qui précède de 2 ans l'année civile de l'indexation.

S'il s'avère que le tarif, après application de l'indexation décrite ci-dessus, est déficitaire ou risque d'être déficitaire, l'autorité de contrôle légalement compétente peut nous obliger, après que nous l'avons demandé ou non nous-mêmes, à procéder à une modification tarifaire et/ou à une adaptation des conditions de couverture. Nous vous mettrons au courant de cette adaptation par écrit et nous appliquerons les conditions adaptées ou le tarif modifié à partir de la prochaine échéance annuelle qui suit la notification. Si vous n'êtes pas d'accord avec ces adaptations, vous pouvez résilier la police par lettre recommandée. Si nous vous avertissons au moins 4 mois avant l'échéance annuelle, vous pouvez résilier la police à l'échéance annuelle. Toutefois, vous devez respecter un délai de résiliation de 3 mois.

Si nous vous informons moins de 4 mois avant l'échéance annuelle, vous avez 3 mois après cette notification pour prendre une décision:

- si vous pouvez respecter un délai de résiliation de 1 mois au minimum, vous pouvez résilier la police à l'échéance annuelle;
- dans tous les autres cas, vous pouvez résilier avec un délai de résiliation de 1 mois. Si l'échéance annuelle tombe dans le délai de résiliation de 1 mois, nous mettons en compte pour la période après l'échéance annuelle, une prime calculée pro rata temporis à l'ancien tarif et vous gardez les anciennes conditions pour cette période.

Si, au cours de la police, l'*assuré* change de profession ou que son statut dans le système de sécurité sociale a été modifié, il est tenu de nous en informer par écrit ou par courriel. A l'occasion de ces adaptations, nous pouvons modifier la prime, les délais de franchise et les conditions de couverture.

8. 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.

9. 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*.

Si vous ou un *assuré* acquérez le statut de US Person ou, pour toute autre raison, êtes ou devenez imposable aux Etats-Unis, le *preneur d'assurance* doit immédiatement en informer *Baloise Insurance*. *Baloise Insurance* doit également être tenue au courant si l'une des personnes désignées perd le statut de US Person ou, pour toute autre raison, n'est plus assujettie à l'impôt aux Etats-Unis. Sont considérées comme US Person les personnes suivantes:

- un citoyen américain ou une personne ayant son domicile aux Etats-Unis;
- un titulaire d'une double nationalité dont l'américaine;
- un titulaire d'une US Green Card ou de tout autre permis de séjour permanent aux Etats-Unis;
- une personne ayant séjourné aux Etats-Unis pendant une longue période, c'est-à-dire au moins 31 jours pendant l'année en cours ou plus de 183 jours ces 3 dernières années.

Si vous ou un *assuré* au cours de la police, allez séjourner aux Etats-Unis en tant que US Person, vous devez nous donner une adresse de contact en Belgique pour chaque personne séjournant aux Etats-Unis. En outre, *Baloise Insurance* verse les prestations assurées uniquement sur des comptes bancaires ouverts auprès d'une institution financière établie hors des Etats-Unis.

10. Communications obligatoires

Le droit belge et les dispositions impératives de la loi sur le contrat d'assurance terrestre du 25 juin 1992 et des divers arrêtés d'exécution sont d'application. Les autres dispositions sont également valables, sauf si l'on y déroge dans ces Conditions Générales et Particulières.

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 à 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 de 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 a 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 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 courriel: 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.
