

ASSURANCE COLLECTIVE "SOINS DE SANTE"

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

Preneur d'assurance.

Personne physique ou morale qui souscrit la police d'assurance collective au profit des membres de son personnel.

Assuré.

La personne soumise au risque et au profit de laquelle l'assurance est souscrite en vertu des conditions particulières.

Société.

LES ASSURANCES FEDERALES, Association d'Assurances Mutuelles sur la Vie, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles - Belgique.

Entreprise d'Assurances agréée sous le n° de code 0346 pour pratiquer la branche "Vie" (A.R. des 4 et 13.7.1979 - M.B. du 14.7.1979 et la branche "Maladie" (A.R. du 13.9.1998 - M.B. du 16.10.1998) - compte financier n° 310-0768594-52.

Accident.

Toute atteinte à l'intégrité physique provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure à l'organisme de l'assuré, étrangère à sa volonté et pouvant être constatée par un médecin.

Est considéré comme accident l'effort soudain, même volontaire, pour autant qu'une cause extérieure à l'organisme de l'assuré en soit l'origine.

Ne sont pas considérés comme accident :

- le lumbago,
- la sciatique et ses conséquences,
- la périarthrite scapulo-humérale,
- l'épicondylite,
- les hernies discales et viscérales et leurs conséquences.

Maladie.

Toute altération d'origine non accidentelle de l'état de santé, caractérisée par l'apparition d'un ensemble de phénomènes anormaux, accompagnés de modifications pathologiques.

Cette altération doit pouvoir être constatée par un médecin légalement admis à exercer.

La grossesse et l'accouchement sont assimilés à une maladie.

Hospitalisation.

Séjour ordonné par un médecin dans un établissement hospitalier, agréé par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille ou par son homologue à l'étranger, aux fins d'y subir un examen ou un traitement médical, chirurgical ou obstétrical tombant dans le champ d'application du présent contrat.

Intervention chirurgicale.

L'une des opérations énumérées sous le vocable "chirurgie" dans la nomenclature des prestations de santé, légalement applicable en Belgique dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Indemnité légale.

Prestations prévues en vertu des législations relatives à l'assurance obligatoire maladie-invalidité, aux maladies professionnelles et aux accidents de travail.

Indemnité complémentaire.

Prestations autres que les indemnités légales auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires en vertu de tout contrat, souscrit antérieurement à la date d'affiliation et ayant le même objet.

Franchise.

Partie des frais couverts restant à charge de chaque bénéficiaire, par année d'assurance, et dont le montant est fixé aux conditions particulières.

Année d'assurance.

Période annuelle débutant à la date d'effet de la police et se renouvelant ensuite à chaque anniversaire de la date d'effet.

Délai d'attente.

Période prenant cours à l'affiliation pendant laquelle aucune garantie n'est acquise pour les maladies survenant pendant celle-ci.

Il est fixé conformément aux conditions particulières et prend cours à la date de l'affiliation.

Article 1.

Objet de l'assurance

La présente assurance a pour objet la garantie des prestations prévues à l'article 4 en cas d'hospitalisation, pour une durée de 24 heures, de l'assuré, victime d'un accident ou d'une maladie.

Moyennant convention particulière, peuvent être couverts les frais :

- de soins de santé pré- et post-hospitalisation;
- d'intervention chirurgicale, pratiquée en dehors d'une hospitalisation;
- de médecine ambulatoire pour le traitement de cancer, leucémie et maladies graves citées à l'article 4.

Article 2.

Personnes assurées

L'assurance peut-être souscrite au profit :

- de l'assuré,
- de son conjoint,
- des enfants à charge de l'assuré pour lesquels il est perçu des allocations familiales ; pour ces derniers, l'assurance cesse, toutefois, au moment où ils atteignent l'âge fixé aux conditions particulières et, au plus tard, à 25 ans.

Article 3. Etendue territoriale

L'assurance est valable pour les maladies contractées en Europe et hors d'Europe pendant les séjours ne dépassant pas 3 mois.

L'assuré doit résider habituellement en Belgique.

Si un assuré en traitement en Belgique est transféré ou se fait soigner à l'étranger sans accord de la Société, les effets de l'assurance seront suspendus, pendant la durée de ce séjour, pour le sinistre ayant provoqué le traitement.

Article 4. Garanties

A. Prestations.

En cas d'hospitalisation d'un **assuré** en vue de subir un traitement curatif médicalement nécessaire, par suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, l'assurance garantit le remboursement des frais de soins de santé tels que :

- des honoraires de médecins, chirurgiens et assistants,
- des frais :

1. — de séjour et de garde, médicalement nécessaires, relatifs à ladite période d'hospitalisation, de narcose,
 - de location de salle d'opération,
 - de produits pharmaceutiques, résultant de traitements médicaux ou chirurgicaux, ordonnés par le médecin durant le séjour à l'hôpital, de soins spéciaux tels qu'ils sont définis au chapitre V, section 2 et, de 6 à 12 de l'A.R. du 24.12.1963, établissant la nomenclature des prestations en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et des dispositions légales ou réglementaires qui le modifient.
2. occasionnés par le transfert d'urgence du bénéficiaire à l'établissement hospitalier, à concurrence d'un montant annuel de 75 EUR.
3. d'appareils orthopédiques, acoustiques et de stimulation cardiaque, de prothèses et d'optique, de traitements dentaires occasionnés durant l'hospitalisation et pour autant qu'il y ait matière à indemnité légale. Le remboursement à charge de l'assureur est, toutefois, limité à trois fois l'indemnité légale.

B. Prestations facultatives.

Pour autant que cela soit précisé aux conditions particulières et moyennant surprime, sont également garantis les frais :

1. de pré- et post-hospitalisation, c'est-à-dire les frais de soins et de traitements en rapport direct avec l'hospitalisation, occasionnés dans un délai d'un mois avant ou de trois mois après ladite hospitalisation.
2. d'intervention chirurgicale, pratiquée sur un assuré en dehors d'une hospitalisation, ainsi que les frais pré- et post-opératoires, c'est-à-dire les frais de soins et

de traitements en rapport direct avec cette intervention, occasionnés dans les 30 jours précédant ou suivant celle-ci, à l'exclusion des frais de rééducation fonctionnelle.

3. de traitement ambulatoire, nécessité par l'une des maladies citées ci-dessous, à condition que celle-ci soit dûment diagnostiquée et constatée par certificat médical :
 - cancer
 - charbon
 - typhus
 - fièvre typhoïde ou paratyphoïde
 - maladie de Hodgkin et Parkinson
 - sclérose en plaques
 - méningite
 - diphtérie
 - poliomyélite
 - variole
 - tétanos

Par frais de traitement, il faut entendre tous frais, occasionnés en dehors d'une hospitalisation et relatifs:

- à une intervention chirurgicale,
- à des soins spéciaux, reçus à domicile ou dans un établissement hospitalier ou spécialisé,
- aux analyses et examens, nécessités par la maladie,
- à la location de matériel, nécessitée par la maladie,
- aux produits pharmaceutiques,
- généralement, à tous autres frais pour lesquels la Société a préalablement marqué son accord.

Article 5. Choix du médecin et de l'établissement hospitalier

L'assuré a le libre choix parmi :

- les médecins légalement autorisés à pratiquer,
- les établissements hospitaliers.

Toutefois, en ce qui concerne la tuberculose, cet établissement pourra être un sanatorium ou une maison de santé pour tuberculeux.

Article 6. Limites de garantie

Sans dépasser le plafond de garantie fixé aux conditions particulières, le montant du remboursement est égal à 100 % de la différence entre :

d'une part, les frais exposés, tombant sous la garantie de la police,

d'autre part, le cumul des indemnités légales et complémentaires et de la franchise éventuelle prévue aux conditions particulières ainsi que l'intervention personnelle complémentaire prévue par la loi.

Les interventions légales sont considérées comme ayant été fictivement payées sur base de la législation sociale belge relative au "régime des salariés" dans la mesure où l'assuré :

- ne peut bénéficier des interventions légales belges ou étrangères;
- bénéficie d'interventions étrangères inférieures aux interventions belges.

Article 7. Sports

1. Sont exclus des garanties les affections dues à la pratique, en qualité de professionnel, d'un sport quelconque.
2. Peuvent être couverts uniquement par convention spéciale et moyennant paiement d'une surprime :
 - l'alpinisme,
 - la spéléologie,
 - la plongée sous l'eau avec appareil respiratoire autonome.

Article 8. Risque "aviation"

Est toujours exclu le décès consécutif à un accident survenant à bord d'un appareil :

- non autorisé pour le transport de personnes;
- se préparant ou participant à une épreuve sportive;
- effectuant des vols d'essai, de démonstration ou d'exhibition;
- du type planeur, ultra léger, delta-plane et analogue, que ces appareils soient motorisés ou non (l'usage d'une montgolfière reste toutefois couvert).

Article 9. Exclusions

Ne donnent pas lieu à prestations :

1. L'affection résultant :
 - a. d'une tentative de suicide de l'assuré,
 - b. de paris, de défis, de rixes, ou encore d'accidents et de maladies provoqués intentionnellement par le Preneur d'assurance ou l'assuré,
 - c. du fait pour l'assuré d'être l'auteur, coauteur ou complice de crimes, délits ou contraventions ou de délits à caractère intentionnel ainsi que de leurs tentatives,
 - d. même partiellement, de tout fait ou succession de faits de même origine dès lors que ce fait ou ces faits provien(nen)t ou résulte(nt) des propriétés radio-actives ou à la fois des propriétés radioactives et propriétés toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires ou des produits ou des déchets radioactifs.
 - e. directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes, ou de l'usage professionnel de rayons X,

- f. d'un fait de guerre,
- g. de troubles civils ou politiques, de terrorisme ou de violence collectifs, d'émeutes, de grèves, de mouvements populaires ou événements similaires, sauf si l'assuré prouve qu'il ne prenait pas part aux événements précités.
- h. d'intoxication alcoolique, d'alcoolisme, de toxicomanie, d'usage de drogues prises sans contrôle médical ou au-delà des doses prescrites ou des instructions médicales ainsi que des accidents de toute nature et des maladies qui en résultent même partiellement.

En cas d'accident, le fait que l'état normal de l'assuré est altéré par l'intoxication alcoolique doit être établi par les résultats d'une prise de sang, par témoignages ou indices divers. Lorsque cette preuve est apportée, l'accident est présumé, sauf preuve du contraire, survenu par l'effet de cette intoxication alcoolique.

2. Les affections allergiques, nerveuses ou mentales qui ne présentent pas de symptômes objectifs, permettant un diagnostic.
3. Les cures.
4. Tout supplément non compris dans la journée d'hospitalisation tels que :
les additifs de bains, les produits cosmétiques, les désinfectants, les produits alimentaires et fortifiants, les boisons, location de télévision, coût de communications téléphoniques, etc...
5. Les soins pour traitements esthétiques.
6. L'assistance, la garde et l'entretien, nécessités par l'impotence de l'assuré.
7. L'hospitalisation en cours à la date d'affiliation à la présente police d'assurance.
8. Sauf stipulations contraires aux conditions particulières, les suites de maladies ou d'accidents, survenus avant la date d'effet du contrat ou les suites de maladies survenues pendant le délai d'attente.

Article 10. Déclaration du Preneur d'assurance et de l'assuré à la conclusion du contrat

Le Preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme constituant pour la Société des éléments d'appréciation du risque.

Article 11. Droit aux prestations

Les obligations de l'assureur en faveur de l'assuré et de sa famille cessent tant pour les maladies et accidents en cours de règlement que pour les nouveaux cas :

- à partir du jour où l'assuré quitte le service de l'employeur pour quelle que cause que ce soit mais, l'hospitalisation en cours pour l'assuré ou un membre assuré de sa famille est indemnisée par la Société pendant une durée maximum de 60 jours, à compter à partir de la date du départ de l'assuré.
- même si l'assuré reste au service de l'employeur, à partir du 1er jour du mois qui suit le 65ième anniversaire de l'assuré.
- à partir du moment où un enfant assuré atteint son 25ième anniversaire ou dès qu'il n'a plus le droit au bénéfice des allocations familiales.
- en cas de cessation de la présente convention collective d'assurance des risques "Soins de santé".

Article 12. Déclaration des sinistres et contrôle

- A. La Société doit être informée par lettre recommandée de tout événement susceptible de donner lieu à garantie au plus tard dans un délai de 15 jours francs, à partir de la date de survenance d'un accident ou d'une maladie.
- B. A la déclaration de sinistre sera obligatoirement joint un certificat médical mentionnant le début, la nature de la maladie ou des lésions, ainsi que l'éventualité d'une hospitalisation et sa durée probable.
En cas d'accident, l'assuré mentionnera, en outre, dans la déclaration, tous renseignements sur les causes, circonstances et conséquences probables du sinistre ainsi que les noms, prénoms et adresses des témoins.
- C. L'assuré ou quiconque, ayant l'intention de faire valoir pour lui-même ou pour autrui des droits aux garanties prévues, doit fournir sans retard à la Société ou à ses délégués tous les renseignements utiles ou demandés sur l'accident ou la maladie et leurs suites; ils doivent prendre les mesures nécessaires pour que les délégués de la Société aient toujours libre accès auprès de l'assuré et que ses médecins puissent en tout temps l'examiner.
Ils sont obligés, en outre, de fournir à leurs frais toute preuve et tout certificat demandés.
- D. L'admission et la fin du séjour dans un établissement hospitalier, un sanatorium ou une maison de santé pour tuberculeux ainsi que toute intervention chirurgicale doivent être déclarées dans les 15 jours francs à la Société.
- E. En cas de séjour de l'assuré en dehors du territoire belge, les prestations ne sont dues que pour autant que le contrôle, tel qu'il est prévu ci-dessus, puisse être exercé.

F. Si le Preneur d'assurance ou l'assuré ne remplissent pas ces obligations, la Société a le droit non seulement de réduire sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi, mais en cas de fraude, elle peut décliner sa garantie.

G. En cas de déclaration tardive due à la force majeure, aucune pénalisation ne sera appliquée à l'assuré.

Article 13. Modalités de remboursement

Les remboursements sont effectués dans les quinze jours de la remise des quittances d'honoraires et du décompte des indemnités légales et complémentaires.

Si les frais de soins et la durée de l'hospitalisation dépassent la mesure médicalement nécessaire, la Société peut limiter ses prestations à un montant ou à une durée adéquate.

En cas de contestation, les remboursements, dus en vertu de la présente assurance, sont versés dans les trente jours suivant la date de décision du tiers expert, nommé suivant les stipulations de l'article 20, aucun intérêt, de quelle que nature qu'il soit, n'étant dû.

Article 14. Prise d'effet de la garantie - Paiement de la prime

Le contrat est parfait par l'accord des parties. La garantie prend effet à la date indiquée aux conditions particulières et au plus tôt après paiement de la première prime, sauf convention contraire.

Les primes sont annuelles et payables par anticipation.

Article 15. Défaut de paiement de la prime

En cas de défaut de paiement de la prime autre que la première, la Société peut suspendre la garantie ou résilier le contrat à condition que le Preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de la garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Le paiement des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à la suspension. Par paiement, on entend la réception par la Société des montants dus augmentés des intérêts.

Article 16. Durée de l'assurance

Le contrat est conclu pour une durée de 1 an à dater de sa prise d'effet. L'heure de sa prise d'effet est fixée à 0 h., celle de sa cessation à 24 h.

A l'expiration, à défaut de résiliation par l'une des parties, selon les modalités prévues à l'article 17, il se renouvelle tacitement par périodes de même durée.

Article 17. Résiliation - Suspension

A. Résiliation.

1. L'assurance d'un assuré et de sa famille est résiliée de plein droit dès que le participant cesse d'exercer effectivement ses activités chez le Preneur d'assurance.
2. Chaque partie peut résilier la présente police, par lettre recommandée à la poste, pour l'expiration de la période d'assurance en cours.
Le destinataire devra avoir eu connaissance de la résiliation, au moins trois mois avant la date de ladite expiration.

B. Suspension.

La garantie est suspendue d'office pendant les périodes d'appel sous les armes dépassant deux mois consécutifs.

Article 18. Taxes

Les impôts, contributions, taxes, droits, patentes ou additionnels, établis ou à établir sous une dénomination quelconque par laquelle qu'autorité que ce soit, à la charge de la Société du chef de l'existence de la police, des primes perçues ou des sommes assurées, sont et seront exclusivement supportées par le Preneur d'assurance ou par le bénéficiaire.

Article 19. Communications

Le domicile des contractants est élu de droit à savoir : celui de la Société en son siège à Bruxelles, celui du Preneur d'assurance et de l'assuré chacun en son domicile légal ou siège social.

En cas de changement de domicile légal ou de siège social, le Preneur d'assurance et l'assuré sont tenus d'en aviser immédiatement la Société.

S'ils ne le font pas, tous avis ou exploits leur seront valablement remis au dernier domicile connu de la Société.

L'élection du domicile du Preneur d'assurance et de l'assuré est prévue au bénéfice exclusif de la Société qui peut donc y renoncer et prendre en considération le domicile réel.

Article 20. Expertise médicale

Tout désaccord d'ordre médical sera réglé en vertu d'une décision prise par un collège, composé de trois experts-médecins qui seront choisis, le premier par l'assuré, le second par la Société ; ces deux experts désigneront le troisième.

Si l'une des parties ne désigne pas son expert, ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal Civil du domicile de l'assuré à la requête de la partie la plus diligente.

Ces experts-médecins statueront en commun; à défaut de majorité, l'avis du troisième sera prépondérant.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert désigné par elle; ceux du troisième expert sont partagés par moitié.

Les experts auront à procéder contradictoirement et dans le respect des droits de défense de chacune des parties.

Article 21. Litiges

Tout litige pouvant s'élever entre les parties, autre que celui faisant l'objet de l'article 20 "expertise médicale", sera soumis conformément à l'article 628, 10° du Code Judiciaire à la compétence du juge du domicile du Preneur d'assurance.

Article 22. Mise en demeure

Par dérogation à l'article 1139 du Code Civil, la lettre recommandée constitue une mise en demeure suffisante.