

## Conditions Générales 2004 J

■ AG Care

*Hospitalisation*

■ Fortis AG. Notre plus, c'est votre courtier. ■

Fortis AG, Bd. Emile Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles - Tél. +32(0)2 220 81 11 - Fax : +32(0)2 220 81 50 - <http://www.fortisag.be>  
Fortis AG s.a., Bd. Emile Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles - RPM 0404.494.849 - TVA : BE 404.494.849 - Entreprise agréée sous le n° de code 0079  
Banque : 140 1200445 40 - IBAN : BE02 1401 2004 4540 - BIC : GEBABEBB

Inter Partner Assistance, s.a., av. Louise 166, bte 1 - B-1050 Bruxelles - RPM 0415.591.055 - Entreprise agréée sous le code 0487 pour pratiquer les assurances assistance.





■ Préambule

**Objet du contrat** Ce contrat vous protège des conséquences financières d'une hospitalisation.

---

**Votre contrat se compose de deux parties**

**Les conditions générales** décrivent le fonctionnement de votre contrat et précisent nos engagements réciproques. Elles détaillent le contenu des garanties ainsi que les exclusions générales.

---

**Les conditions particulières** précisent les données du contrat qui vous sont personnelles.

Elles mentionnent les garanties que vous avez souscrites ainsi que la prime à payer.

**Comment consulter votre contrat ?**

La table des matières reprend la structure du contrat. Il vous est ainsi facile de retrouver l'article que vous désirez consulter.

---

Le lexique définit la portée exacte des termes indiqués en italique lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans le texte.

**Où pouvez-vous vous renseigner ?**

Si vous avez des questions ou des problèmes relatifs à ce contrat ou à une hospitalisation, vous pouvez vous adresser à votre courtier ou nous contacter via notre Care line 02/220 10 30 - +32(2)552 52 43 (pour les hospitalisations à l'étranger).

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA), av. De Cortenberg, 61 à B-1000 Bruxelles, sans préjudice de votre droit d'intenter une action en justice.





■ Table des matières

<b>Chapitre 1</b>	1.1. L'étendue des garanties	6
<b>Les garanties</b>	1.1.1. Garantie "Hospitalisation"	6
	1.1.2. Garantie complémentaire "Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation"	6
	1.1.3. Garantie complémentaire "Maladies graves"	7
	1.1.4. MEDI-ASSISTANCE - services complémentaires	7
	1.2. Comment le remboursement est-il calculé ?	7
	1.3. Libre choix du médecin et de l'hôpital	8
	1.4. Quelles sont les exclusions du contrat ?	8
	1.5. Où la garantie est-elle acquise ?	9
	1.6. A partir de quel moment la garantie est-elle acquise ?	9
	1.7. Comment les enfants sont-ils assurés ?	9
<b>Chapitre 2</b>	2.1. Les communications à la compagnie	10
<b>Vos obligations</b>	2.2. Le paiement de la prime	10
<b>Chapitre 3</b>	3.1. Que faire en cas de sinistre ?	11
<b>Les sinistres</b>	3.2. Les conditions d'indemnisation	11
	3.3. Les contestations d'ordre médical	11
	3.4. Quels recours avons-nous contre les tiers responsables ?	12
<b>Chapitre 4</b>	4.1. La durée du contrat	13
<b>La vie de votre contrat</b>	4.2. Modifications du tarif	13
	4.3. Dans quels cas le contrat peut-il être résilié ?	13
	4.4. La correspondance entre parties	13
	4.5. Protection de la vie privée	13
<b>Lexique</b>		14
<b>Annexe 1</b>	Hospitalisation à l'étranger et Assistance	17
<b>Annexe 2</b>	MEDI-ASSISTANCE - services complémentaires pendant et après l'hospitalisation	21



■ Chapitre 1 - Les garanties

1.1. **L'étendue des garanties**

L'étendue des garanties dépend de la formule choisie. Les conditions particu-

lières indiquent, pour chaque assuré, la formule choisie.

**1.1.1. Garantie "Hospitalisation"**

La garantie concerne les hospitalisations en vue de subir un **traitement** médicalement nécessaire suite à une **maladie**, un **accident**, une grossesse ou un accouchement.

Sont remboursés :

- les **frais de séjour** ;
- les **médicaments** ;
- les honoraires médicaux et paramédicaux ;
- les frais de **prothèses** et **d'appareils orthopédiques** ;
- le matériel médical, endoscopique et de viscérosynthèse.

Les prestations suivantes sont également remboursées :

- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez **l'assuré** ;
- les frais de séjour d'un des parents dans la même chambre que l'enfant pour autant que le parent et l'enfant soient assurés par un même contrat, et que sa présence soit considérée comme médicalement nécessaire ;
- le test de la mort subite ;
- les **frais de transport approprié** vers **l'hôpital** ;

**1.1.2. Garantie complémentaire "Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation"**

Pour autant que cette option soit souscrite, la garantie concerne les soins ambulatoires médicalement nécessaires donnés dans le mois qui précède l'entrée à l'hôpital et dans les trois mois qui suivent la fin de l'hospitalisation, en relation directe avec la cause de celle-ci.

Sont remboursés :

- les actes médicaux prestés lors de visites ou de consultations ainsi que les soins infirmiers ;
- les traitements paramédicaux tels que kinésithérapie, physiothérapie, logopédie prescrits par un médecin et dispensés par un prestataire reconnu ;
- les médicaments prescrits pour la période décrite ci-dessus ;
- la location ou les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques prescrits pour la période décrite ci-dessus et préalablement acceptés par nos services.

Ne sont pas soumis à autorisation préalable ; les verres de lunettes, verres de contact, appareils auditifs, bandages

- les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture ; pour autant que ces prestations soient dispensées par un médecin ou un kinésithérapeute reconnu.

- les **soins palliatifs** à l'hôpital ;

- les frais de morgue repris sur la facture d'**hôpital**.

La garantie est également d'application en cas d'accouchement à domicile, assimilé à une hospitalisation.

**LA GARANTIE DELTA**

**Si vous avez souscrit la garantie Delta, les traitements de fertilité sont, contrairement à ce qui est stipulé au point 1.4., couverts suivant les dispositions reprises ci-dessous. Les coûts liés à une Fécondation In Vitro (FIV) et à une micro-injection ou ICSI (Intra-Cytoplasmic-Sperm-Injection) sont remboursés à condition qu'un problème de fertilité soit diagnostiqué chez le couple et qu'ils soient tous les deux affiliés depuis minimum 24 mois au même contrat. Ce délai commence à la date de prise en cours de la garantie Delta.**

herniaires, lombostats, bas à varices, semelles orthopédiques, coquilles plâtrées, attelles, béquilles.

Les frais d'entretien, de réparation et les pièces de rechange ne sont pas remboursés.

Les frais de transport ne sont pas remboursés.

**LA GARANTIE DELTA**

**Si vous avez souscrit la garantie Delta, la période pendant laquelle ces frais sont remboursés est rallongée de 1 à 2 mois pour la période qui précède l'entrée à l'hôpital et de 3 à 6 mois pour la période qui suit la sortie de l'hôpital. Sont également couverts :**

- les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture, pour autant qu'ils soient dispensés par un médecin ou un kinésithérapeute reconnu.

- les médicaments homéopathiques, pour la période décrite ci-dessus, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin reconnu et délivrés par une pharmacie établie en Belgique.



■ Chapitre 1 - Les garanties

**1.1.3. Garantie complémentaire  
"Maladies graves"**

Pour autant que cette option soit souscrite, la garantie concerne les soins ambulatoires médicalement nécessaires comme décrits au point 1.1.2. ci-avant, en relation directe avec une des maladies graves énumérées ci-après et dont le diagnostic est dûment établi :

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

Les frais de soins ambulatoires sont remboursés aussi longtemps que la maladie nécessite un traitement et sans hospitalisation préalable.

**1.1.4. MEDI-ASSISTANCE  
Services complémentaires**

Si vous avez souscrit cette garantie vous bénéficiez de certains services complémentaires à l'occasion d'une hospitalisation en Belgique. Vous trouverez la description de cette garantie à l'annexe 2 MEDI-ASSISTANCE -

**LA GARANTIE DELTA**

**Si vous avez souscrit la garantie Delta, sont également couverts :**

- les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture, pour autant qu'ils soient dispensés par un médecin ou un kinésithérapeute reconnu.
- les médicaments homéopathiques, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin reconnu et délivrés par une pharmacie établie en Belgique.
- l'état palliatif qui pour cette garantie est assimilé à une maladie grave. Outre les soins médicaux ambulatoires, la garantie Delta rembourse à l'assuré qui bénéficie du forfait de soins palliatifs à domicile les frais pour soins palliatifs à domicile ou dans un centre de jour reconnu.
- la location de matériel médical, prescrit par un médecin.

services complémentaires pendant et après l'hospitalisation.

Pour cette garantie nous faisons appel à notre correspondant d'assistance actuel Inter Partner Assistance, nommé ci-après l'assisteur. Fortis AG se réserve toutefois le droit de changer d'assisteur pour l'exécution des prestations prévues.

**1.2. Comment le  
remboursement  
est-il calculé ?**

- Le remboursement porte sur la totalité des frais (100 %) décrits ci-dessus qui restent à votre charge après déduction des **interventions légales** ou du remboursement auquel vous pouvez prétendre en vertu d'une disposition, statutaire ou autre, de la part de la mutuelle ou d'un organisme quelconque.

Toutefois si l'hospitalisation a lieu dans l'un des quelques hôpitaux dont les suppléments applicables dépassent le **critère**, une quote-part de 50 % reste à votre charge, ceci uniquement dans le cas où vous avez choisi une chambre

privée pour des raisons de convenance personnelle.

- En cas d'accouchement à domicile, un montant forfaitaire de 495,79 EUR (index 100) est octroyé. Si la garantie complémentaire "Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation" est souscrite, le forfait s'élève à 619,73 EUR (index 100).
- En cas d'affection psychique ou psychiatrique et pour tous les types de dépression, les frais décrits ci-dessus sont remboursés pendant une durée maximum de deux années d'hospitalisation, consécutives ou non.



**Chapitre 1 - Les garanties**

- Si pour une garantie du contrat, **vous** ne bénéficiez pas, pour des raisons administratives, des interventions légales prévues (petits ou gros risques), le remboursement est diminué de 50 % pour la garantie concernée.

Le montant du remboursement tient compte de la **franchise** éventuelle.

**LA GARANTIE DELTA**

Si vous avez souscrit la garantie Delta, les dispositions suivantes s'ajoutent :

- les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie, d'acupuncture et les médicaments homéo-

pathiques, dispensés pendant la période en pré et post ou suite à une maladie grave, sont remboursés à 50 %.

- Les traitements de fertilité (soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation inclus) sont remboursés à concurrence de maximum 1.000 EUR (index 105,48) par intervention et ce, à concurrence de 2 interventions par année d'assurance. Le nombre total d'interventions remboursées est de 6 traitements par couple assuré. Le remboursement s'effectuera après remise à la compagnie du certificat médical et de la facture du traitement.

**1.3. Libre choix du médecin et de l'hôpital**

Vous avez le libre choix du médecin et de l'hôpital.

**1.4. Quelles sont les exclusions du contrat ?**

La garantie n'est pas acquise pour les traitements suivants :

- les traitements dentaires non médicalement motivés par une maladie ou un accident pour lesquels la garantie est acquise ;
- les traitements parodontaux et orthodontiques ;
- les traitements de revalidation qui ne sont pas la suite directe et immédiate d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale, pour laquelle la garantie est acquise ;
- les traitements expérimentaux ou non scientifiquement éprouvés ;
- les traitements à caractère esthétique, y compris la chirurgie plastique, même en cas de gêne fonctionnelle, à l'exception de ceux qui entrent dans le cadre d'une chirurgie réparatrice ou ceux qui sont préalablement acceptés par la compagnie ;
- les traitements anticonceptionnels (tels que la stérilisation) ;
- les traitements de procréation médicalement assistée (tels que l'insémination artificielle et la fertilisation in vitro) sous réserve de ce qui est précisé aux points 1.1.1. et 1.2. dans le cas où la garantie Delta est souscrite ;
- les cures de thermalisme, de thalasso-thérapie, d'hygiéno-diététique ou de désintoxication.

De plus les garanties ne sont pas acquises si l'hospitalisation et les soins ambulatoires éventuels sont la conséquence :

- d'un **sinistre causée intentionnellement** par l'assuré ou d'une tentative de suicide ;

- d'un **acte notoirement téméraire**, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- d'une participation volontaire à un crime ou un délit, excepté le cas de légitime défense ;
- de **l'alcoolisme**, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de médicaments ;
- d'un accident ou d'une maladie survenu lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues, sauf si l'assuré apporte la preuve qu'il n'existe aucune relation causale entre l'hospitalisation et ces circonstances ;
- d'un fait de guerre, civile ou étrangère ;
- d'émeutes, de troubles civils et de tous actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sauf si l'assuré démontre qu'il n'y a pris aucune part active ou qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de légitime défense ;
- de la pratique de sports rémunérés, sauf convention contraire ;
- d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse survenus avant la prise en cours de la garantie.

Toutefois la garantie est acquise :

- pour autant que la constatation de la maladie et les traitements qui en découlent aient eu lieu après une période de 3 ans à compter du début de la garantie ainsi que
- pour les traitements de fertilité qui sont remboursables dans le cadre de la garantie Delta.



■ Chapitre 1 - Les garanties

**1.5. Où la garantie est-elle acquise ?**

La garantie est acquise dans le monde entier à condition :

- d'être domicilié en Belgique et d'y résider plus de 9 mois par an ;
- et
- de bénéficier des interventions de la Sécurité sociale belge.

Cependant en cas d'hospitalisation à l'étranger, le droit aux prestations s'applique si les conditions suivantes sont remplies :

- l'hospitalisation présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la Mutuelle;

et

- il y a une intervention légale.

Vous trouverez plus de détails sur la garantie en cas d'hospitalisation à l'étranger dans l'annexe.

**1.6. A partir de quel moment la garantie est-elle acquise ?**

La garantie est acquise à partir de la date indiquée aux conditions particulières, pour autant que la première prime soit payée dans les délais imposés et que **le délai d'attente** éventuel soit écoulé.

**Délai d'attente**

Il n'y a pas de délai d'attente sauf pour les accouchements. Dans ce cas, il est de 9 mois à compter de la date de prise en cours de la garantie. Pour la femme qui est la seule assurée du contrat, ce délai d'attente est porté à 24 mois.

**1.7. Comment les enfants sont-ils assurés ?**

Les nouveau-nés sont assurés sans réserve ni formalités médicales à partir de leur naissance si :

- un des parents est assuré ;
- et
- la demande est introduite auprès de nos services endéans les 3 mois à compter de la naissance.

Dès qu'il atteint l'âge de 20 ans, l'enfant est considéré comme adulte. La prime du contrat est adaptée en conséquence.

Cette adaptation s'effectue à l'échéance anniversaire la plus proche de la date d'anniversaire.

Toutefois, les enfants peuvent rester assurés dans le contrat des parents jusqu'à l'âge de 25 ans.

A partir de cet âge, ils seront assurés individuellement sans formalités médicales sur la base des conditions en vigueur à ce moment.



■ Chapitre 2 - Vos obligations

La loi belge est applicable au présent contrat et notamment celle du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

**2.1. Les communications à la compagnie**

**Que devez-vous déclarer ?**

• **A la conclusion du contrat**

Toutes les circonstances dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque.

A cet effet, vous devez nous faire parvenir la proposition d'assurance avec questionnaire médical, dûment complétée et signée.

Conformément à notre politique d'acceptation médicale nous nous réservons le droit de refuser la garantie, de fixer une surprime ou d'exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical vous sont communiquées par écrit et reprises dans les conditions particulières. Pour être assuré vous devez nous renvoyer un exemplaire de la lettre signée pour accord.

• **En cours de contrat**

Vous devez nous déclarer par écrit, dans les 30 jours, les éléments suivants :

- pour vous-même ou pour un autre assuré, tout déplacement de domicile ou

toute résidence de plus de 90 jours hors Belgique ;

- le fait pour vous-même ou pour un autre assuré de cesser d'être soumis à la législation belge en matière de Sécurité sociale ;
- le fait pour vous-même ou pour un autre assuré de ne plus être couvert pour les **petits risques** ;
- toute souscription de contrat d'assurance qui prévoit une garantie semblable.

Dans les 30 jours de la réception de cette déclaration, nous proposons une adaptation du contrat, avec effet rétroactif au jour de la circonstance nouvelle. Si, à la suite de ces circonstances nouvelles vous ne répondez plus aux conditions d'assurabilité du risque, nous pouvons résilier le contrat.

Si ces éléments ne nous sont pas communiqués et si un sinistre survient, nous pouvons réduire nos remboursements à concurrence du préjudice subi.

Si de plus nous prouvons l'intention frauduleuse, nous pouvons refuser tout remboursement.

**2.2. Le paiement de la prime**

La prime, augmentée des taxes et cotisations, est payable par anticipation et doit être acquittée dans les 30 jours qui suivent l'échéance.

A chaque échéance anniversaire, la prime peut être revue. Cette **révision de la prime** ne porte aucun préjudice à votre droit de résilier le contrat dans les 30 jours de la modification de l'adaptation.

En cas de non-paiement de la prime dans le délai repris ci-dessus, nous vous

adressons, par lettre recommandée, une mise en demeure et nous nous réservons le droit de vous réclamer un montant forfaitaire couvrant les frais administratifs de recouvrement. A défaut de paiement de la prime dans les 15 jours à compter du lendemain de l'envoi de cette mise en demeure, le contrat est résilié de plein droit. La résiliation s'applique tant pour l'hospitalisation en cours que pour les soins ambulatoires.



■ **Chapitre 3 - Les sinistres**

**3.1. Que faire en cas de sinistre ?**

Il y a lieu de déclarer le sinistre, aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire, à l'aide des documents prévus à cet effet, notamment les formulaires déclaration de sinistre et certificat médical. Vous pouvez également obtenir des renseignements à ce sujet en nous contactant via notre Care line au 02/220.10.30.

Si vous avez souscrit la garantie MEDI-ASSISTANCE vous bénéficiez le cas échéant du tiers-payant avec l'hôpital. A cet effet vous téléphonez au service center MEDI-ASSISTANCE. Lors de cet entretien, l'interlocuteur donne l'information relative à l'étendue des garanties, confirme l'acceptation ou non du sinistre et l'attribution éventuelle du tiers-payant. Cet entretien est confirmé

par écrit à l'assuré. Il y a lieu de remettre le double de la lettre de confirmation, signée, à l'hôpital lors de l'admission.

Le déroulement administratif de l'hospitalisation se fait entre Fortis AG et l'hôpital. L'hôpital ne demande pas d'acompte et la facture est réglée directement par nos soins. Seul le paiement du montant forfaitaire mentionné dans la lettre de confirmation, pourrait être demandé lors de l'admission.

Les frais non couverts (tels que frais de confort,...) seront récupérés. Cette dernière mesure s'applique également s'il est constaté par la suite que les frais d'hospitalisation sont en rapport avec une exclusion contractuelle ou un risque non couvert.

**3.2. Les conditions d'indemnisation**

Vous devez nous fournir tous les renseignements nous permettant d'établir le droit aux prestations.

A cet effet, vous vous engagez à demander à vos médecins traitants et à les faire communiquer au plus tôt à notre médecin-conseil toutes les informations concernant votre état de santé.

Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations qui nous sont faites et les réponses fournies à nos demandes de renseignements.

Notre médecin-conseil peut vous demander de passer un examen médical auprès

d'un médecin qu'il désigne. Les frais de cet examen sont à notre charge.

Sauf si vous bénéficiez du règlement direct de la facture par Fortis AG à l'hôpital, nous vous payons les sommes dues au plus tard dans les 30 jours suivant la remise de pièces justificatives, pour autant que nous disposions d'un dossier complet.

Par le fait du remboursement, tous vos droits et actions contre l'hôpital ou le prestataire de soins nous sont transférés dans la limite des frais payés.

**3.3. Les contestations d'ordre médical**

Toute contestation d'ordre médical est soumise à deux experts nommés et dûment mandatés, l'un par vous-même, l'autre par nos soins.

Faute d'accord, les experts en choisissent un troisième. Ils statueront en commun. A défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Faute d'entente sur la désignation du troisième expert, le choix est fait par le

Président du Tribunal de Première Instance de votre domicile, à la demande de la partie la plus diligente. La décision de ce troisième expert est irrévocable.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.



■ Chapitre 3 - Les sinistres

**3.4. Quel recours  
avons-nous  
contre les tiers  
responsables ?**

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par nos soins, nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre les tiers responsables du dommage et ou toute personne 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 automobiles. Vous ne pouvez, dès lors, renoncer à un quelconque recours sans notre accord préalable.



■ **Chapitre 4 - La vie de votre contrat**

**4.1. La durée du contrat**

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée.

**4.2. Modifications du tarif**

Nous nous réservons le droit de modifier le tarif si, sur base d'un dossier technique déposé auprès de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA), il est démontré que la prime appliquée ainsi que sa révision annuelle sont insuffisantes pour rencontrer le coût réel des prestations garanties.

Nous nous réservons le droit d'adapter la prime pour les services complémentaires qui sont offerts dans le cadre de MEDI-ASSISTANCE lorsque le tarif des prestations est revu par l'assisteur. En cas de modification substantielle de toute législation sur la Sécurité sociale, la

loi sur les hôpitaux ou toute autre législation ayant un impact important sur le coût réel ou sur l'étendue de la garantie, nous nous réservons le droit de modifier le tarif sur la base d'un dossier technique déposé auprès de la Commission Bancaire, Financière et Assurances (CBFA).

L'adaptation du tarif sera proportionnée par rapport à la modification de ces circonstances.

Le contrat est alors adapté, après notification, à l'échéance anniversaire suivante. Vous pouvez le résilier dans les 3 mois de cette notification.

**4.3. Dans quels cas le contrat peut-il être résilié ?**

Vous pouvez résilier le contrat chaque année, soit à la date anniversaire de la prise en cours, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime par lettre recommandée déposée à la poste au moins 3 mois avant cette date.

Nous pouvons résilier le contrat dans les cas suivants :

- en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles lors de la souscription du contrat; dans ce cas nous proposons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous pouvons résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance nous pouvons également résilier le contrat dans les quinze jours.

- en cas de non-paiement de la prime, selon les modalités prévues au chapitre 2 point 2.2. ci-dessus ;
- en cas de fraude ou tentative de fraude.

En cas de résiliation du contrat, tant de votre part que de la nôtre, nos remboursements se limitent à la période couverte.

**4.4. La correspondance entre parties**

Le domicile des parties est élu de droit : le nôtre à notre siège social, le vôtre à la dernière adresse qui nous est connue. Si vous ne nous avez pas prévenus par écrit

de votre changement d'adresse, toute notification sera valablement faite à la dernière adresse connue.

**4.5. Protection de la vie privée**

La collecte et l'usage des données à caractère personnel s'effectuent moyennant respect de la loi belge sur la protection de la vie privée.

Fortis AG, responsable du traitement, peut traiter ces données à caractère personnel en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la promotion commerciale, la gestion du fichier clientèle et l'établissement de statistiques.

Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers, sauf pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Le cas échéant ces données peuvent être

communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels vous faites appel.

Dans le cadre de la description du risque ou de la déclaration du sinistre vous nous confiez des données relatives à la santé. Ces données sont uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Chaque assuré a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger.



■ Lexique

Les mots suivants apparaissent dans votre contrat. Que signifient-ils précisément ?

**1. Dans le cadre du contrat**

**Année d'assurance**

La période de 12 mois débutant à l'échéance anniversaire qui est mentionnée aux conditions particulières. Cette période se renouvelle automatiquement par le simple fait du paiement de la prime.

**Nous**

Fortis AG s.a. inscrit au Registre des personnes morales sous le numéro 0404.494.849 - établi à B-1000 Bruxelles, Boulevard E. Jacquain 53 - compagnie

d'assurance agréée sous le numéro de code 0079.

**Vous**

**Le preneur d'assurance** et les assurés.

**L'assuré**

La personne nommément désignée en cette qualité aux conditions particulières.

**Le preneur d'assurance**

La personne qui souscrit le contrat.

**2. Dans le cadre de la garantie**

**Accident**

L'événement soudain et involontaire qui produit une lésion corporelle à l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de celui-ci.

**Acte notoirement téméraire**

Tout acte volontaire ou négligence exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

**Alcoolisme**

La consommation exagérée d'alcool qui entraîne certaines maladies (telles que la déficience vitaminique, l'infection des muqueuses de l'estomac, des conséquences neurologiques et nerveuses, des affections hépatiques, ...) sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

**Appareil orthopédique**

L'appareil destiné à corriger les difformités du corps.

**Critère**

Un montant qui prend en compte les suppléments maximum (d'honoraires et de chambre) applicables par les hôpitaux en Belgique en cas d'hospitalisation en chambre privée. Ce critère est déposé auprès d'un notaire dont les coordonnées peuvent être obtenus sur simple demande auprès de nos services.

Vous avez la possibilité de faire vérifier l'application correcte du critère auprès de ce notaire.

La quote-part de 50 % applicable le cas échéant lors d'un séjour en chambre privée d'un **hôpital universitaire**, peut être rachetée moyennant la souscription d'une option spéciale avec surprime correspondante lors de la conclusion du contrat. Cette option figure dans ce cas aux conditions particulières.

En cas de modification nous vous transmettrons une liste adaptée des institutions hospitalières qui répondent ou non au critère.

Cette nouvelle liste ne s'applique qu'aux hospitalisations qui ont pris cours à partir de la date de validité mentionnée sur la liste.

En cas de doute cette information peut être obtenue à tout moment auprès de nos services.

**Délai d'attente**

La période débutant à la date de prise en cours de la garantie mentionnée aux conditions particulières.

La garantie ne couvre pas les hospitalisations débutant pendant cette période.

**Etat palliatif**

Etat d'une personne qui se trouve en phase terminale de la maladie.

**Forfait de soins palliatifs à domicile**

Intervention forfaitaire de la Sécurité sociale pour les soins palliatifs comme prévu dans l'Arrêté Royal du 2 décembre 1999.

Cette intervention est destinée aux patients dont le décès est prévu dans un délai relativement court et qui ont choisi de mourir à domicile. Le droit à cette intervention est obtenu sur simple attestation médicale du médecin traitant.

**Frais de séjour**

Le montant comprend :

- le prix de la journée d'entretien ;
- le supplément facturé pour le séjour en chambre particulière normale ou à deux lits ;
- le forfait journalier pour les médicaments.

**Frais de transport approprié**

- les frais de transport en cas d'hospitalisation d'urgence en ambulance ainsi que le transfert vers un autre hôpital ;
- les frais de transport par hélicoptère pour autant qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé et ceci uniquement en cas d'accident.



## Lexique

### **Franchise**

La partie des frais remboursables qui reste à votre charge. Elle est fixée aux conditions particulières. A chaque échéance anniversaire la franchise est revue de façon analogue à celle de la révision de la prime.

Elle est appliquée par année d'assurance et par assuré.

Dans le cas où plusieurs membres d'une même famille assurés par le même contrat sont hospitalisés simultanément suite à un accident, nous déduisons une seule franchise pour l'ensemble de la famille.

Dans le cas particulier d'une hospitalisation continue qui chevauche deux années d'assurance, la franchise n'est déduite qu'une seule fois.

En d'autres termes l'hospitalisation est imputée sur l'année d'assurance précédente pour l'application de la franchise.

La franchise n'est pas appliquée pour la garantie complémentaire "Maladies graves".

### **Hôpital**

L'établissement public ou privé, légalement reconnu comme hôpital.

Ne sont pas considérés comme hôpitaux :

- les hôpitaux ou parties d'hôpitaux titulaires de l'agrément spéciale comme maison de repos et de soins ;
- les maisons de soins psychiatriques ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements destinés aux cures, telles que cures de thermalisme, de thalassothérapie, d'hygiéno-diététique ou de désintoxication alcoolique ou médicamenteuse ;
- les maisons de repos ou autres établissements destinés à l'hébergement des personnes âgées, des convalescents ou des enfants ;
- les habitations protégées.

### **Hôpital universitaire**

Hôpital dont le nombre de lits universitaires représente plus de 50 % de la capacité totale.

### **Hospitalisation**

Tout séjour dans un hôpital, pour autant que ce dernier ait porté en compte au moins une nuit d'hospitalisation ou que l'intervention médicale pratiquée ait donné lieu à une intervention légale sur la base du mini-forfait, du maxi-forfait ou d'un autre forfait assimilable à celui-ci (hospitalisation de jour). N'est pas considéré comme une hospitalisation au sens du présent contrat tout séjour dont le

caractère nécessaire n'est pas médicalement motivé par un traitement, tel le séjour qui a pour but principal l'entretien, la garde ou l'assistance de l'assuré.

### **Intervention légale**

Le remboursement des frais médicaux et autres prévus par la législation belge ou par une convention qui la remplace, notamment :

1. Législation applicable aux travailleurs salariés :

- la législation en matière d'assurance maladie et invalidité ;
- la législation en matière d'accidents du travail ;
- la législation en matière de maladies professionnelles.

2. Législation applicable aux indépendants :

- la législation en matière d'assurance obligatoire maladie et invalidité (gros risques) ;
- la législation en matière d'assurance complémentaire (**petits risques**).

3. Conventions relatives à la sécurité sociale des travailleurs salariés liant la Belgique à certains pays étrangers.

### **Maladie**

Toute altération de la santé physique ou mentale d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

### **Médicament**

Produit vendu en pharmacie ou officine pharmaceutique, prescrit par un médecin et enregistré comme tel par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

### **Petits risques**

Voir intervention légale.

### **Prothèse**

Tout appareillage destiné à réduire le handicap des pertes anatomiques ou fonctionnelles, résultant d'une intervention chirurgicale, d'une lésion neurologique ou traumatique.

### **Révision de la prime**

A chaque échéance anniversaire, la prime peut être revue en fonction de l'évolution de l'indice spécifique "Soins des hôpitaux et assimilés - chambre particulière" qui forme une composante de l'indice des prix à la consommation. L'adaptation maximale est égale au rapport entre la moyenne annuelle de cet indice au 31/10 de l'année calendrier précédant l'année d'assurance en cours et la moyenne annuelle au 31/10 de l'année précédant celle de la prise en cours de la garantie.



■ Lexique

***Sinistre causé intentionnellement***

Un sinistre a été causé intentionnellement lorsque l'assuré a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

***Soins ambulatoires***

Les soins médicaux prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation, et qui sont repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.).

***Soins palliatifs***

Le traitement de personnes se trouvant en phase terminale. Il vise les besoins physiques et psychiques du patient dans le but de lui garantir une certaine qualité de vie.

***Traitement***

L'ensemble des moyens thérapeutiques prescrits par un médecin et employés dans le but de fixer un diagnostic médical, de guérir ou stabiliser l'état de santé et de lutter contre la douleur.



■ Annexe 1 - Hospitalisation à l'étranger et assistance

Pour cette garantie nous faisons appel à notre **correspondant d'assistance** Inter Partner Assistance. Elle est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent. Cette garantie s'applique uniquement à l'étranger.

1. **Définitions**

**Accident corporel**

L'événement soudain indépendant de la volonté de l'assuré qui entraîne une lésion corporelle constatée par une autorité médicale compétente et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime

**Assurés**

Les personnes physiques reprises aux conditions particulières du présent contrat.

**Autorité médicale compétente**

Le praticien de l'art médical reconnu par la législation belge ou par la législation en vigueur du pays concerné.

**Correspondant d'assistance**

Inter Partner Assistance s.a., Compagnie d'Assurances agréée sous le code n° 0487 pour pratiquer les assurances touristiques (A.R. du 01.07.1979 et du 13.07.1979 - M.B. du 14.07.1979 dont le siège est établi à B-1050 Bruxelles, av. Louise 166, bte 1.

**Evacuation sanitaire**

Le transport vers un centre de soins belge ou étranger, d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier).

Une évacuation sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité de traitement adapté sur place.

**Frais d'hôtel**

Il s'agit des frais de chambre et de petit déjeuner

**Incident médical**

La maladie ou l'accident corporel survenant à l'assuré.

**Maladie**

La dégradation de l'état de santé physique ou mentale constatée par une autorité médicale comportant des symptômes objectifs ; cette dégradation ne peut être imputable à un accident corporel.

**Rapatriement**

Retour des assurés au domicile légal en Belgique.

2. **Assistance aux personnes**

Les prestations d'assistance en cas d'**incident médical** sont accordées suite à une maladie ou un **accident corporel** survenu à l'assuré.

**1. Frais de sauvetage**

Suite à un incident médical, Inter Partner Assistance rembourse les frais de recherche et de sauvetage exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité

**2. Assistance médicale**

En cas d'incident médical survenant à un assuré, l'équipe médicale d'Inter Partner Assistance se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'**assuré**.

**3. Envoi d'un médecin sur place**

Suite à un incident médical et si l'équipe médicale d'Inter Partner Assistance l'estime nécessaire, Inter Partner Assis-

Assistance mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

physique d'un assuré à concurrence de la contre-valeur de 5.000 EUR par sinistre à condition que le sauvetage résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours. L'événement doit impérativement être signalé à l'Assistéur dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

A la demande de l'assuré, Inter Partner Assistance organise la communication entre le médecin traitant à l'étranger et le médecin de famille.

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



**Annexe 1 - Hospitalisation à l'étranger et assistance**

**4. Rapatriement ou transport suite à un incident médical**

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

- chemin de fer (1ère classe) ;
- véhicule sanitaire léger ;
- ambulance ;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire ;
- avion sanitaire ;

**5. Remboursement des frais médicaux suite à un incident médical à l'étranger**

Inter Partner Assistance prend en charge les frais consécutifs à des soins reçus à l'étranger, à la suite d'un incident médical après épuisement des prestations garanties par tout tiers payeur.

Cette garantie comprend :

- les honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- les médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien local ;
- les frais d'hospitalisation pour autant que l'assuré soit jugé intransportable par les médecins d'Inter Partner Assistance ;
- les frais de transport en ambulance ordonné par un médecin pour un trajet local.

**Ne sont pas remboursés**

- les interventions à caractère esthétique ;
- les frais médicaux exposés en Belgique, même s'ils sont la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenu à l'étranger ;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales ;
- les traitements qui ne sont pas reconnus par la Sécurité sociale belge ;
- l'achat et la réparation de prothèses en général y compris lunettes, verres de contact, etc à l'exception des prothèses nécessitées par l'hospitalisation à l'étranger ;
- le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou dans un état analogue résultant de

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

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin d'Inter Partner Assistance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux.

Le médecin d'Inter Partner Assistance doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport. Inter Partner Assistance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsqu'Inter Partner Assistance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

produits autres que des boissons alcoolisées ou accompli un acte notoirement téméraire, un pari ou un défi ;

- les frais résultant de toute demande d'assistance non formulée au moment des faits.

**Conditions de prise en charge des frais médicaux**

- A. L'hospitalisation à l'étranger doit présenter un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu avec la Mutuelle.
- B. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ou prises en charge obtenus par l'assuré ou ses ayants droit auprès de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié.
- C. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement s'effectuent selon le barème légal. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement suivant le barème privé ne s'effectuent que si les circonstances ou l'état médical du patient l'imposent et moyennant l'accord préalable du service médical d'Inter Partner Assistance.
- D. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales (petits et gros risques) auprès de la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, Inter Partner Assistance n'intervient en remboursement, qu'à concurrence de 50 %.



■ **Annexe 1 - Hospitalisation à l'étranger et assistance**

***Modalités de paiement des frais médicaux***

En cas d'hospitalisation à l'étranger Inter Partner Assistance fait l'avance des frais médicaux. Dans ce cas, l'assuré s'engage dans un délai de deux mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance

auquel il est affilié et à reverser à Inter Partner Assistance le montant des sommes ainsi obtenues.

Si l'assuré a lui-même exposé les frais, le paiement complémentaire de ceux-ci est effectué par Inter Partner Assistance à l'assuré à son retour en Belgique, après recours aux organismes prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

***6. Envoi de médicaments, prothèses et lunettes***

Lorsque, suite à un incident médical, l'assuré se trouve dépourvu de médicaments, prothèses ou lunettes indispensables dont le semblable ou l'équivalent ne peut être trouvé sur place mais bien en Belgique, Inter Partner Assistance organise et prend en charge

leur recherche, leur expédition et leur mise à disposition sur prescription d'une autorité médicale compétente et après accord de son service médical. Leurs frais d'achat, majorés des frais éventuels de dédouanement, sont à charge de l'assuré, sauf si ces frais sont compris dans la garantie du contrat tel que prévu au point 5. ci-dessus.

***7. Frais de rapatriement des autres assurés en cas d'évacuation sanitaire ou décès d'un assuré à l'étranger***

En cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un assuré à l'étranger, Inter Partner Assistance organise et prend en charge, jusqu'à leur domicile en Belgique, le retour anticipé des autres assurés.

Ce retour s'effectuera par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

L'intervention se fait aussi bien pour les assurés accompagnants, que pour les personnes accompagnantes couvertes par un autre contrat AG Care.

Cette garantie s'applique pour autant que les autres assurés ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour et rentrer en Belgique par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un chauffeur de remplacement.

Inter Partner Assistance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsqu'Inter Partner Assistance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement remettre dès son retour son titre de transport non utilisé à Inter Partner Assistance qui en devient le propriétaire.

***8. Visite à un assuré hospitalisé à l'étranger***

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger suite à un incident médical et que les médecins mandatés par Inter Partner Assistance déconseillent son transport avant 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit le voyage (aller/retour) d'un membre de sa famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre auprès de l'assuré malade ou blessé.

Les **frais d'hôtel** sur place de cette personne, seront pris en charge par l'Assisteur à concurrence de 65 EUR maximum par jour, pendant 10 jours maximum, et moyennant présentation des justificatifs originaux.

- soit les frais de prolongation de séjour d'une personne accompagnant l'assuré, à concurrence du même montant et sous les mêmes conditions.



■ **Annexe 1 - Hospitalisation à l'étranger et assistance**

**9. Rapatriement funéraire au cours d'un voyage**

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, Inter Partner Assistance organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire ;
- les frais de mise en bière sur place ;
- les frais de cercueil à concurrence de 619,73 EUR maximum ;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation en Belgique.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation en Belgique ne sont pas pris en charge par Inter Partner Assistance.

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation sur place à l'étranger, Inter Partner Assistance organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées.

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

Ce voyage se fait par train 1<sup>ère</sup> classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

En cas de crémation sur place à l'étranger avec cérémonie en Belgique, Inter Partner Assistance prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention d'Inter Partner Assistance est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif d'Inter Partner Assistance.

Le titre de transport initial non utilisé par l'assuré peut être demandé par Inter Partner Assistance qui en devient le propriétaire.

**3. Notification d'une hospitalisation à l'étranger**

En cas d'hospitalisation à l'étranger la notification doit être faite dans les 24 heures au numéro de téléphone

+32 (2) 552 52 43 (24 h/24)  
de Inter Partner Assistance.



**Annexe 2 - MEDI-ASSISTANCE - services complémentaires pendant et après l'hospitalisation.**

La garantie MEDI-ASSISTANCE est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent.

**1. Objet et étendue de l'assistance**

L'assistante garantit, à concurrence des montants indiqués un service d'assistance en cas d'hospitalisation couverte par le présent contrat.

A la demande de l'assuré, les prestations fournies pourront être prolongées au-delà des limites garanties. Les frais afférents

aux prolongations seront intégralement supportés par l'assuré.

Le service d'assistance est acquis en Belgique. Il s'effectue au domicile légal ou au domicile élu par l'assuré et mentionné aux conditions particulières.

**2. Conditions d'octroi du service d'assistance**

L'hospitalisation donnant lieu à l'octroi des services complémentaires doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration auprès du service center MEDI-ASSISTANCE par l'assuré ou un de ses proches en cas d'hospitalisation en urgence.

Suite à cet entretien, l'assuré se met en rapport avec l'assistante qui organise les prestations convenues.

La demande d'accès aux services doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. A l'exception des services repris au point 3.3. ci-après, les prestations doivent avoir lieu avant l'expiration de la période post-hospitalisation garantie.

**3. Assistance en Belgique**

**3.1. Pendant l'hospitalisation**

**3.1.1. Personne de confiance**

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

*Aide ménagère*

Si un assuré doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans l'entretien de son domicile, l'assistante organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.

*Aide pour les enfants*

Si, un assuré père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, l'assistante organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

*Garde des animaux domestiques*

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assistante organise et prend en charge la garde ou une promenade journalière des

animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

**3.1.2. Transport**

*Transport à l'hôpital*

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré doit se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, l'assistante à la demande de l'assuré organise et prend en charge son transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, sous surveillance médicale si nécessaire.

Et si, à l'issue de l'hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, l'assistante organise et prend en charge son retour au domicile.

*Visite de l'assuré hospitalisé*

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assistante organise et prend en charge le transport aller/retour vers l'hôpital des parents du conjoint(e) ou des enfants pour se rendre auprès de l'assuré.

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



## Annexe 2 - **MEDI-ASSISTANCE - services complémentaires pendant et après l'hospitalisation.**

### 3.2. Après l'hospitalisation

#### 3.2.1. Personne de confiance

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

##### *Aide ménagère*

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré est dans l'incapacité d'assumer seul l'entretien de son domicile, l'assistant organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.

##### *Livraison d'achats de première nécessité*

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

##### *Aide pour les enfants*

Si, un assuré père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, l'assistant organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

##### *Garde des animaux domestiques*

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assistant organise et prend en charge, la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

##### *Les soins post-natals*

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

##### *Trajets des enfants*

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

#### 3.2.2. Transport de l'assuré

Si, suite à son hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, l'assistant organise et prend en charge son transport aller/retour vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle.

L'intervention de l'assistant est limitée à trois déplacements aller/retour par période d'hospitalisation et à 250 EUR maximum par année d'assurance

### 3.3. Services complémentaires

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

#### *Assistance psychologique*

L'assistant met à la disposition des assurés un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destiné à fournir un premier soutien psychologique "on line" et si nécessaire, l'orientera vers un organisme de support spécialisé.

A la demande de l'assuré, suite à tout problème privé ou professionnel, l'assistant communique les coordonnées des associations d'entraide spécialisées dans le soutien psychologique.

#### *Renseignements téléphoniques pour soins post-hospitalisatoires*

A la demande de l'assuré, l'assistant met à la disposition de l'assuré :

- les coordonnées d'organismes de soins paramédicaux ;
- les coordonnées de la pharmacie et du médecin de garde à contacter ;
- les coordonnées des organismes de soins à domicile ;
- les coordonnées des sociétés louant du matériel médical .

Fortis AG garantit les services décrits dans la présente annexe tant qu'ils sont proposés sur le marché Belge et qu'il trouve un prestataire qui réponde aux normes de qualité imposées par Fortis AG.