

**1. Plan d'assurance (= C.G.A. 5)**

- 1.1. Le plan d'assurance est le Plan Horizon+.
- 1.1.1. Le plan Horizon+ prévoit une indemnisation complémentaire après intervention d'une assurance collective hospitalisation existante.
- 1.1.2. Le plan Horizon+ donne aussi le droit en cas de fin d'affiliation à l'assurance collective hospitalisation existante, de souscrire le plan d'assurance IS2000 (voir C.T.A. IS2000):
- sans nouvel examen du risque si une période ininterrompue de minimum 3 ans s'est écoulée entre le moment de la souscription du plan IS2000 et la date de début contractuel du plan Horizon+ et s'il s'agit d'un transfert automatique conformément à l'art. 7.1. des présentes C.T.A.
  - sans nouveau stage (voir aussi le point 3 'Stage' des C.T.A.),
  - à une prime calculée au moment du transfert vers le plan IS2000:

- selon le domicile ou la résidence fixe et habituelle si celle-ci ne coïncide pas avec le domicile,
- sur base de l'âge d'entrée au plan Horizon+ et selon la prime du plan IS2000 d'application au moment du transfert.

Les enfants qui quittent la tranche d'âge 0 à 19 ans en cours d'affiliation au plan Horizon+, paient la prime pour l'âge de 20 ans conformément au point 40.2 des C.G.A. Cet âge de 20 ans constitue l'âge d'entrée lors du transfert vers le plan d'assurance IS2000.

- 1.2. La garantie complémentaire et le droit dont question aux points 1.1.1. et 1.1.2. des C.T.A. sont accordés aux personnes qui bénéficient d'une assurance collective hospitalisation existante; l'assurance collective hospitalisation existante, ci-après dénommée 'contrat-groupe' doit:

- 1.2.1. satisfaire aux conditions minimales suivantes:
- soit être une assurance de groupes conclue par un employeur au profit collectif de tout ou partie de son personnel;
  - soit être un Fonds constitué ou agréé par un employeur et moyennant accord préalable de l'assureur;
  - soit être une couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes.
- 1.2.2. répondre aux caractéristiques suivantes:
- être une assurance hospitalisation à caractère indemnitaire dont l'intervention de l'assureur concerné s'élève à minimum € 6.000 par personne et par année d'assurance ou que celui-ci base son intervention sur deux fois l'intervention de l'INAMI au minimum,
  - donner une couverture effective contre les risques maladie et accident,
  - donner une couverture aux personnes qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique,
  - donner une couverture aux personnes qui sont soumises à la législation sociale en vigueur et en bénéficient, à l'exception des fonctionnaires des Communautés européennes,
  - donner une couverture dans l'U.E.

- 1.3. Toute dérogation relative aux points 1.2.1. et 1.2.2. des C.T.A. est soumise à l'accord préalable de l'assureur.

**2. Cas d'assurance selon le Plan Horizon+ (= C.G.A. 6)**

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par le traitement stationnaire dans un centre hospitalier suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident pour autant qu'un jour de séjour puisse et soit effectivement porté en compte. Le cas d'assurance débute 30 jours avant l'entrée en centre hospitalier (=période préhospitalière) et se termine 90 jours après la sortie du centre hospitalier mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance (= période posthospitalière). En cas de traitement dans un hôtel hospitalier ou dans un centre palliatif, assimilés par l'assureur à un centre hospitalier, le cas d'assurance est limité au séjour. L'accouchement à domicile est assimilé à l'accouchement en milieu hospitalier.

- 2.2. Le cas d'assurance est constitué également par le traitement ambulatoire suite à la survenance d'une maladie grave. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.

- 2.3. Sont considérées comme maladies graves dès le moment où un examen médical objectif en a permis l'établissement du diagnostic : le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, la dialyse rénale.

L'assureur est en droit de subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.

- 2.4. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux qui:

- 2.4.1. ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif;
- 2.4.2. sont médicalement nécessaires;
- 2.4.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus;
- 2.4.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique;

- 2.4.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance. Dans les conditions ainsi énumérées, l'assureur garantit la liberté thérapeutique du dispensateur des soins et de la personne assurée.
- 2.5. Sont remboursés par cas d'assurance décrit au point C.T.A. 2.1. à 100% après intervention de l'assurance maladie légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité et après intervention du *contrat-groupe*:
- 2.5.1. les frais de séjour;
- 2.5.2. les frais de séjour et de logement d'un des parents dans le même centre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré d'après un même plan d'assurance, que la présence du parent soit considérée comme partie indispensable du traitement médical et que l'enfant n'ait pas atteint la tranche d'âge qui suit celle de 0 à 19 ans;
- 2.5.3. les frais des prestations médicales;
- 2.5.4. les frais des prestations paramédicales;
- 2.5.5. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical;
- 2.5.6. les frais des adjuvants médicaux;
- 2.5.7. les frais de chirurgie;
- 2.5.8. les frais d'anesthésie;
- 2.5.9. les frais de l'utilisation de la salle d'opération et d'accouchement;
- 2.5.10. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est réglée au point C.T.A. 9.;
- 2.5.11. les frais des membres artificiels;
- 2.5.12. les frais de transport en ambulance routière en Belgique;
- 2.5.13. les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident au centre hospitalier pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
- 2.5.14. les frais de mortuaire qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation;
- 2.5.15. les frais de soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis à domicile par le prestataire de soins habilité à la mère, au nouveau-né et à la famille;
- 2.5.16. les frais de séjour du donneur avec un maximum de € 1.239,47 à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de la personne assurée et hospitalisée;
- 2.5.17. les frais de l'extraction dentaire sous anesthésie générale en centre hospitalier.
- 2.6. En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale et/ou du *contrat-groupe*:
- 2.6.1. si l'assurance maladie légale et/ou le *contrat-groupe* n'intervient pour aucun des postes de la facture d'hospitalisation, le taux de remboursement est réduit de 50 % pour le cas d'assurance décrit au point C.T.A. 2.1., après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 2.6.2. lors de la survenance d'un cas d'assurance pour lequel l'absence d'intervention du *contrat-groupe* résulte d'un risque non-couvert ou d'une exclusion prévue par les Conditions Générales ou Particulières d'Assurance, le Règlement ou des clauses particulières, l'assureur s'engage à rembourser les frais pour autant que ce cas d'assurance ressort de la couverture des C.G.A. et des C.T.A. du plan d'assurance IS2000. Dans ce cas, le taux de remboursement du cas d'assurance tel que défini au point 2.1 des C.T.A. est réduit de 50% après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 2.7. Sont remboursés par cas d'assurance après intervention de l'assurance maladie légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité et après intervention du *contrat-groupe*, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en centre hospitalier et exposés pendant la période pré- et posthospitalière (= frais pré- et posthospitaliers) ou pour autant qu'ils soient en rapport direct avec le traitement ambulatoire d'une maladie grave diagnostiquée:
- à 100 % :**
- 2.7.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation,
- 2.7.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie,
- 2.7.3. les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable: les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie.
- 2.7.4. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes, les verres de contact, les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles. Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais d'entretien et de réparation, des frais des adjuvants pour leur utilisation et des pièces de rechange.
- 2.7.5. les frais des prothèses médicales, à l'exception des prothèses dont la couverture est réglée au point C.T.A. 9.,
- 2.7.6. les frais des membres artificiels.

à 80%

- 2.7.7. frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.
- 2.8. En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale et/ou du contrat-groupe, le taux de remboursement est réduit de 50%, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 2.9. Lors de la survenance d'un cas d'assurance pour lequel l'absence d'intervention du contrat groupe résulte d'un risque non-couvert ou d'une exclusion prévue par les Conditions Générales ou Particulières d'Assurance, le Règlement ou des clauses particulières, l'assureur s'engage à rembourser les frais pour autant que ce cas d'assurance ressort de la couverture des C.G.A. et des C.T.A. du plan d'assurance IS2000. Dans ce cas, le taux de remboursement du cas d'assurance tel que défini au point 2.1 des C.T.A. est réduit de 50% après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

### 3. Stage (= C.G.A. 11)

- 3.1. Le stage s'élève à :
- 3.1.1. 9 mois pour accouchement
- 3.1.2. 12 mois pour les frais couverts au point 9 des C.T.A.
- 3.2. Lors du transfert vers le plan d'assurance IS2000 aucun nouveau stage n'est d'application pour autant que les stages prévus au point 3.1. des C.T.A. soient révolus.

Dans le cas contraire, les stages s'appliquent à concurrence de leur durée résiduelle.

### 4. Adaptation des primes et des Conditions Tarifaires d'Assurance du plan Horizon+

En complément aux Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.), il est prévu ce qui suit :

- 4.1. Les paramètres de calcul de la prime du plan d'assurance Horizon+ sont définis en fonction des paramètres du plan technique du plan d'assurance IS2000, lequel a été constitué sur base des critères actuariels et techniques d'assurance. Dès lors toute modification des paramètres susmentionnés du plan d'assurance IS2000 entraîne dans la même mesure la modification de la prime et/ou des Conditions Tarifaires du plan d'assurance Horizon+.
- 4.2. En cas de modification substantielle de la législation en matière de sécurité sociale, et en général de toute législation, dès lors que cette modification influence les paramètres contenus dans le plan technique et entraîne des répercussions financières pour l'assureur, les présentes Conditions Tarifaires d'Assurance peuvent dans cette mesure être modifiées moyennant autorisation de l'Office de Contrôle des Assurances.
- 4.3. La modification visée sous 4.1. et 4.2. des C.T.A. entre en vigueur à une date identique à celle du plan d'assurance IS2000, après notification de l'avis de modification au preneur d'assurance. Ces modifications valent aussi pour les contrats en cours.

### 5. Franchise (= C.G.A.13)

- 5.1. L'intervention du *contrat-groupe* dans les frais médicaux de la personne assurée, en ce compris la franchise contractuelle du *contrat-groupe*, est considérée comme une franchise et, par application du point 13 des C.G.A., vient en déduction de l'intervention de l'assureur dans le présent plan d'assurance.
- 5.2. La franchise contractuelle du *contrat-groupe* vient en déduction de l'intervention de l'assureur telle que prévu aux points 2.6.1., 2.8. et 9.3. des C.T.A. en cas d'absence d'intervention du *contrat-groupe*.

### 6. Assurabilité (= C.G.A 16 et 17)

Sont assurables :

- 6.1. les personnes qui, lors de l'affiliation au plan Horizon+, répondent aux conditions du point 1.2. des C.T.A.;
- 6.2. les personnes qui lors de l'entrée en assurance sont valides;
- 6.3. les personnes qui lors de l'entrée en assurance ont un âge d'entrée permettant le calcul de la prime selon une tranche d'âge prévue et en vigueur;
- 6.4. les personnes qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique;
- 6.5. les personnes qui sont soumises à la législation sociale en vigueur et en bénéficient;
- 6.6. les nouveau-nés à partir du mois de la naissance d'après le même plan d'assurance qu'un des parents assurés pour autant que le plan d'assurance soit conclu dans les 60 jours suivant le mois de la naissance.

### 7. Fin du plan d'assurance Horizon+ (= C.G.A. 21)

- 7.1. La fin du plan d'assurance Horizon+ et, sans interruption, le transfert automatique vers le plan d'assurance IS2000 a lieu, au plus tard lors du 65<sup>ème</sup> anniversaire sauf dérogation de l'assureur, à la date à laquelle soit le *contrat-groupe* ne répond plus aux conditions du point 1.2. des C.T.A., soit la personne assurée ne bénéficie plus effectivement du *contrat-groupe*. Le transfert a lieu sans accord préalable de l'assureur dans les circonstances suivantes: le décès, la mise à la pension ou prépension, le licenciement, la démission du membre du personnel, la disparition quelle qu'en soit la forme du preneur d'assurance du *contrat-groupe*, la perte du droit aux allocations familiales.
- 7.2. La fin du plan Horizon+ et le transfert doivent être demandés par écrit à l'assureur endéans les deux mois qui suivent cette date. L'assureur est en droit de réclamer la preuve du motif du transfert.
- 7.3. Dans le chef de la personne assurée, la conclusion du plan d'assurance IS2000 est subordonnée au respect préalable des conditions d'assurabilité prévues aux C.T.A. de ce plan d'assurance.
- 7.4. Si les conditions d'assurabilité reprises aux C.T.A. du plan

d'assurance IS2000 ne sont pas remplies au moment du transfert, ou si le transfert n'a pas lieu selon la forme et le délai prévus ci-avant, l'assureur n'est pas tenu d'assurer aux conditions énoncées au point 1.1.2. des C.T.A. et peut proposer des conditions particulières de souscription et d'acceptation selon un plan d'assurance en vigueur. Il en va de même si au moment de la souscription du plan Horizon+, aucun questionnaire médical n'a été rempli et si le transfert a lieu dans les 3 ans de souscription ininterrompue au plan Horizon+. Dans ce cas, l'assureur peut, après examen du risque sur base d'une proposition d'assurance, émettre des conditions particulières d'acceptation (avec une surprime de 100% au maximum).

### 8. Fin de la garantie d'assurance du plan Horizon+ (=C.G.A. 25)

Si le cas d'assurance tel que défini au point 2.1. des C.T.A. se prolonge au-delà de la date de fin du plan d'assurance Horizon+, le remboursement des frais exposés après cette fin est garanti dans le plan d'assurance Horizon+ jusqu'à la fin du cas d'assurance, pour autant que le remboursement soit aussi prévu par le *contrat-groupe* et pour autant que les stages prévus au point 3.1. soient révolus.

Si le cas d'assurance tel que défini au point 2.2. des C.T.A.

(= Maladies Graves) se prolonge au-delà de la date de fin du plan Horizon+, le remboursement des frais exposés après cette fin est garanti dans le plan d'assurance IS2000 pour autant que ce plan d'assurance soit souscrit dans les conditions prévues aux points 7.1 à 7.3 des C.T.A.

### 9. Particularité

- 9.1. Sont remboursés par cas d'assurance après expiration du stage et suite à la survenance d'une maladie ou d'un accident :
- 9.1.1. les frais des traitements dentaires excepté les traitements orthodontiques,
- 9.1.2. les frais des prothèses dentaires et du matériel dentaire, y compris les bridges, les couronnes et les implants, pour autant que le plan de traitement soit préalablement soumis à l'assureur.
- 9.2. Les frais décrits au point 9.1 des C.T.A. sont remboursés à 100 % après intervention de l'assurance maladie légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité et après intervention du *contrat-groupe*, et à concurrence de € 743,68 par personne et par année d'assurance, en prenant en considération la date des prestations effectuées.
- 9.3. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale et/ou du *contrat-groupe* le taux de remboursement des frais décrits au point 9.1. des C.T.A. est maintenu à 100 %, et à concurrence de € 743,68 par personne et par année d'assurance, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 9.4. Lors de la survenance d'un cas d'assurance pour lequel l'absence d'intervention du contrat groupe résulte d'un risque non-couvert ou d'une exclusion prévue par les Conditions Générales ou Particulières d'Assurance, le Règlement ou des clauses particulières, l'assureur s'engage à rembourser les frais pour autant que ce cas d'assurance ressort de la couverture des C.G.A. et des C.T.A. du plan d'assurance IS2000. Dans ce cas, le taux de remboursement du cas d'assurance tel que défini au point 9.1 des C.T.A. est réduit de 50% après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

### 10. Obligations du preneur d'assurance et de la personne assurée (=C.G.A. 38).

- 10.1. Lors de la conclusion ou en cours d'existence du plan Horizon+, le preneur d'assurance est tenu, sur demande expresse de l'assureur, de délivrer les informations particulières suivantes :
- le nom de l'assureur du *contrat-groupe* et le numéro de référence du *contrat-groupe*, le règlement et/ou les conditions générales d'assurance,
  - une attestation délivrée par l'employeur ou l'assureur du *contrat-groupe* mentionnant les personnes assurées par celui-ci.
- 10.2. En cas de déclaration d'un cas d'assurance, l'assureur fait dépendre le droit aux prestations de la présentation :
- d'une copie des Conditions Générales et Particulières d'Assurance, du Règlement et des clauses particulières du *contrat-groupe* qui sont d'application au moment de la survenance du cas d'assurance,
  - d'une copie détaillée de l'intervention du *contrat-groupe*,
  - d'une copie des notes de frais,
  - d'une déclaration de sinistre dûment remplie.
- 10.3. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée ont l'obligation, après entrée en vigueur du plan Horizon+, de communiquer à l'assureur toute information ou documentation relative aux Conditions Générales et Particulières d'Assurance, au Règlement ou aux clauses particulières du contrat groupe. Si le preneur d'assurance et/ou la personne assurée ne satisfait pas à cette obligation et si le *contrat-groupe* ne répond plus aux conditions minimales prévues au point 1.2. des C.T.A., le contrat prend fin à la date à laquelle l'assureur a eu connaissance des faits précités. Dans ce cas les primes payées au cours du plan Horizon+ restent dues à l'assureur jusqu'à la date à laquelle l'assureur a eu connaissance des faits précités.
- 10.4. Le fait pour le preneur d'assurance ou la personne assurée de ne pas demander le transfert automatique vers le plan d'assurance IS2000 lors de la fin, quelle qu'elle soit, du plan d'assurance Horizon+, ne confère aucun droit au remboursement des primes payées au cours du plan Horizon+. Il en va de même si l'absence des conditions d'assurabilité prévues aux C.T.A. du plan d'assurance Horizon+ ou IS2000 n'autorise pas la souscription de ces plans dans le chef de la personne assurée.
- 10.5. En application des points 40 et 40.2 des C.G.A., le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus de notifier en cours de contrat à l'assureur, tout changement de domicile ayant une incidence sur la prime.