



## Hospitalisation Plus

### *Conditions générales*

Siège social  
avenue Henri Matisse 16, 1140 Bruxelles  
T +32 2 728 91 11 F +32 2 728 91 00  
R.C.B. 338.151  
ING Insurance sa, entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 0051.

Siège d'Anvers  
Desguinlei 92, 2018 Antwerpen  
T +32 3 244 66 88 F +32 3 244 66 87  
R.C.A. 1139

320-0065438-33  
E [info@inginsurance.be](mailto:info@inginsurance.be)  
[www.inginsurance.be](http://www.inginsurance.be)

## TABLE DES MATIERES

LEXIQUE .....	3
---------------	---

### GARANTIES

1. Description des garanties.....	7
1.1 Hospitalisation .....	7
1.2 Soins ambulatoires (période dite pré- et post-hospitalisation).....	8
1.3 Soins ambulatoires pour maladies graves .....	8
1.4 Soins palliatifs.....	9
1.5 Assistance .....	9
1.5.1.En Belgique.....	9
1.5.2. A l'étranger.....	10
1.5.3. Assistance psychologique .....	11
2. Libre choix .....	12
3. Enfants.....	12
4. Exclusions.....	12
5. Validité territoriale.....	13
6. Montant maximal .....	13

### SINISTRES

7. Règlement du sinistre en Belgique.....	14
7.1 Déclaration .....	14
7.2 Remboursement .....	14
8. Règlement du sinistre à l'étranger.....	15
8.1 Déclaration .....	15
8.2 Remboursement .....	15
8.3 Rapatriement de l'assuré .....	15
9. Remboursement direct.....	15
10. Suivi médical .....	16
11. Litiges.....	16

### DISPOSITIONS GENERALES

12. Début, durée et fin de l'assurance.....	17
12.1 Début de l'assurance .....	17
12.2 Durée de l'assurance .....	17
12.3 Fin de l'assurance.....	17
13. Prime .....	18
13.1 Indexation de la prime.....	18
13.2 Non-paiement de la prime.....	18
13.3 Fin de la suspension.....	19
14. Changement du tarif .....	19
15. Impôts et frais .....	19
16. Obligation de déclaration.....	19
16.1 Omission ou inexactitude intentionnelle .....	20
16.2 Omission ou inexactitude non intentionnelle .....	20
16.3 Garanties similaires .....	20
17. Non-respect des obligations contractuelles.....	20
18. Tiers responsable.....	21
19. Clause de supplétivité .....	21
20. Correspondance.....	21
21. Service Médiateur .....	21

## **LEXIQUE**

### **Accessoires médicaux**

Sont considérés comme tels s'ils ont été prescrits par un médecin :

- verres de lunettes, lentilles de contact
- appareils auditifs
- bandages herniaires, semelles orthopédiques, lombostats
- location de béquilles et de chaises roulantes
- location d'appareils pour aérosols.

Ne sont pas pris en compte pour le remboursement : les frais de remplacement, d'entretien et de réparation, ainsi que les pièces de rechange.

### **Accident**

Tout événement soudain et anormal ayant une lésion corporelle objective comme conséquence directe et dont la cause ou l'une des causes de la lésion se situe en dehors de l'organisme de l'assuré.

### **Accouchement à domicile**

Accouchement en dehors de l'hôpital avec accompagnement médical ou obstétrique reconnu et agréé.

### **Accouchement policlinique**

Accouchement avec un séjour hospitalier de courte durée de 2 nuits au maximum.

### **Affections psychiques et psychosomatiques**

Les affections figurant dans le plus récent ouvrage médical de référence ; Diagnostic and Statistical Manual (DSM IV, Critères diagnostiques de l'American Psychiatric Association).

### **Aide à la maternité**

Aide ménagère ainsi que soins d'hygiène pour la mère et le bébé, après un *accouchement à domicile ou policlinique*, dispensés par un centre d'aide à la maternité agréé. Cette aide est dispensée durant la période obstétricale, avec un maximum de 12 jours après la date de l'accouchement.

### **Année d'assurance**

La période de 12 mois débutant à la date d'échéance principale annuelle du *contrat*.

### **Assuré(s)**

La personne, désignée dans les Conditions Particulières, à laquelle s'applique la garantie.

### **Bénéficiaire(s)**

La personne/Les personnes en faveur de laquelle/desquelles sont stipulées les prestations d'assurance.

### **Compagnie**

L'entreprise d'assurances auprès de laquelle le contrat est souscrit, ING Insurance s.a., avenue Henri Matisse 16, 1140 Bruxelles ; entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 0051.

### **Contrat**

Le contrat est constitué par le contenu des Conditions Générales, des Conditions Particulières et des avenants éventuels.

### **Forfait soins palliatifs**

Indemnisation forfaitaire de l'assurance maladie pour les patients palliatifs à domicile, telle que prévue par l'A.R. du 2 décembre 1999.

### **Frais de morgue**

Les frais pour la conservation d'une personne décédée dans le centre mortuaire de l'*hôpital*.

### **Frais de transport**

Les frais de transport en cas d'hospitalisation d'urgence par un service de transport de malades légalement reconnu, ainsi que le transport vers un autre *hôpital* durant la période d'*hospitalisation*.

### **Franchise**

La partie des frais remboursables qui demeure à charge du *bénéficiaire* et dont le montant a été fixé dans les Conditions Particulières.

Pour les garanties "*Hospitalisation*" et "*Soins ambulatoires* (période dite pré- et post-hospitalisation)", la franchise est appliquée une fois par an par *assuré* et par *année d'assurance*, sauf dans les cas suivants où une seule franchise est déduite :

- lorsque plusieurs *assurés* d'une même famille sont impliqués dans un même *accident* ;
- en cas d'accouchement, pas de franchise déduite des frais relatifs à l'enfant pour la période durant laquelle la mère et l'enfant séjournent ensemble à l'*hôpital* ;
- pour un sinistre qui se prolonge dans l'*année d'assurance* suivante.

La franchise n'est pas d'application pour les garanties "*Soins ambulatoires pour maladies graves*", "*Soins palliatifs*" et "*Assistance*".

### **Hôpital**

Un établissement hospitalier (public ou privé) reconnu comme tel par les autorités compétentes, conformément à la loi sur les établissements hospitaliers.

Ne sont pas considérés comme tels :

- les établissements ou départements hospitaliers spécialisés ayant reçu l'agrément spécial comme maison de repos et/ou de soin ;
- les soins infirmiers psychiatriques à domicile
- les établissements psychiatriques fermés, les habitations protégées et les centres d'hébergement provisoire ;
- les établissements psychiatriques ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements exclusivement destinés à l'hébergement de personnes âgées ou convalescentes ou d'enfants ;
- les établissements essentiellement destinés à des cures thermales.

### **Hospitalisation**

Le séjour médical nécessaire dans un *hôpital*, comptant au moins une nuit complète.

Le séjour nécessaire d'un point de vue médical dans un *hôpital* ou un *hôpital de jour* ne comptant pas une nuit complète et donnant lieu au paiement d'une indemnisation d'*hospitalisation de jour* ou d'un forfait, y compris le forfait de la chambre de plâtre.

### **Indemnité légale**

Si l'*assuré* est un salarié, fonctionnaire ou militaire, l'indemnité est égale à toute intervention légale prévue par la législation sociale belge pour les frais médicaux concernés ou autres.

Par législation sociale belge s'appliquant aux employés, aux fonctionnaires ou aux militaires, en cas de maladie ou d'*accident*, on entend

- la législation relative à l'assurance obligatoire contre les maladies et l'invalidité ;
- la législation relative aux accidents du travail ;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

Si l'*assuré* est un indépendant, on suppose, pour la fixation de l'indemnité légale qu'il est affilié à une mutuelle et qu'il est *assuré* par l'assurance maladie invalidité obligatoire (gros risques).

Sous ce régime, on suppose en outre que les contributions ont été effectuées et qu'un éventuel délai de carence est écoulé.

Par intervention légale, il convient d'entendre :

- pour les frais encourus en Belgique : tout remboursement pouvant être revendiqué de par la législation sociale belge dans le régime applicable
- pour les frais encourus à l'étranger : le remboursement prévu par un accord conclu avec le pays en question ou, par défaut, le montant du remboursement en Belgique, si la Sécurité sociale belge s'y applique.

Si l'*assuré* ne peut faire valoir de droits en vertu de la législation sociale belge, on suppose, pour la fixation de l'indemnité légale qu'il bénéficie d'interventions sous le régime de salarié. Si l'*assuré* indépendant n'a pas souscrit d'assurance 'petits risques' et que dès lorsqu'il n'a pas droit, pour une garantie du *contrat*, aux indemnités légales prévues, les prestations assurées dans le cadre de cette garantie sont remboursées à 50%.

### **Maladie**

Toute atteinte à la santé mentale ou physique, autre que celle provenant d'un *accident* et constatée par un médecin pouvant légalement exercer sa profession.

### **Médicaments**

Les produits pharmaceutiques enregistrés par le ministère compétent, prescrits par un médecin reconnu et délivrés par un pharmacien reconnu.

Quant aux produits homéopathiques, ils doivent avoir été prescrits par un médecin reconnu et être délivrés par un pharmacien reconnu établi en Belgique.

### **Orthèse**

Tout appareil orthopédique fixé afin de protéger, soutenir, immobiliser ou corriger les membres.

Ne sont pas pris en compte pour le remboursement : les frais de remplacement, d'entretien et de réparation, ainsi que les pièces de rechange.

### **Preneur d'assurance**

La personne physique ou morale qui souscrit le *contrat*.

### **Prothèse**

Un appareil remplaçant partiellement ou en sa totalité un membre ou un organe. La perte des fonctions doit être la conséquence d'une intervention chirurgicale ou d'une lésion neurologique ou traumatique.

Ne sont pas pris en compte pour le remboursement : les frais de remplacement, d'entretien et de réparation, ainsi que les pièces de rechange.

### **Société d'assistance**

Société avec laquelle la *compagnie* a conclu un contrat en vertu duquel la société se substitue à la *compagnie* pour la prestation de services et le remboursement de frais.

### **Soins ambulatoires**

Les soins médicaux repris dans la nomenclature des prestations de santé, pour lesquels il est fait usage d'un numéro d'ordre réservé à un ayant droit non *hospitalisé* et qui sont dispensés et facturés conformément à toutes les dispositions légales et réglementaires.

Les soins relatifs à l'homéopathie, à l'acupuncture, à la chiropraxie et à l'ostéopathie doivent être prescrits par un médecin reconnu et dispensés par un prestataire de soins reconnu.

### **Soins palliatifs**

L'aide et l'assistance pluridisciplinaires destinées à répondre globalement aux besoins physiques, psychiques et spirituels de patients terminaux affectés d'une *maladie* mettant leur vie en danger et qui ne réagissent plus aux traitements curatifs.

### **Sportif rémunéré**

Le sportif qui se prépare ou participe à des manifestations sportives pour lesquelles il reçoit une rémunération excédant considérablement les frais liés à la pratique du sport.

## GARANTIES

### 1. Description des garanties

---

#### 1.1. Hospitalisation

En cas d'*hospitalisation* de l'*assuré* suite à une *maladie*, un *accident*, une grossesse ou un accouchement, la *compagnie* garantit le remboursement des frais encourus **pendant** le séjour pour les prestations indispensables d'un point de vue médical.

Sont remboursés :

- les frais de séjour de l'*assuré* à l'*hôpital* ;
- les honoraires médicaux et les prestations techniques ;  
les *médicaments* administrés ;
- les *frais de transport* ;
- les *prothèses, orthèses et accessoires médicaux* pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin ;
- les extractions dentaires réalisées sous anesthésie générale ;
- les traitements dentaires suite à un *accident* ou une maladie à l'exception du traitement des affections purement dentaires, paradentaires et orthodontiques  
Pour les traitements dentaires *assurés* dans ce cadre, une intervention est prévue pour les prothèses dentaires et le matériel dentaire avec un maximum de 750,00 EUR par *assuré* et par *année d'assurance*, à condition que le plan de traitement ait été préalablement approuvé par le médecin-conseil de la *compagnie*.
- les frais d'admission et d'intervention chirurgicale en cas de chirurgie maxillo-faciale (chirurgie maxillaire) à l'exception de tous les appareils orthodontiques fixes.
- le traitement des *affections psychiques et psychosomatiques* : un remboursement est prévu durant une période d'*hospitalisation* ininterrompue ou non, à raison de 2 ans maximum étalés sur la durée totale du *contrat* ;
- les traitements homéopathiques, l'acupuncture, la chiropraxie, l'ostéopathie.
- les traitements paramédicaux tels que la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie s'ils sont prescrits par un médecin.

De plus, la *compagnie* garantit également les prestations suivantes :

- le séjour ainsi que les repas pris à l'*hôpital* de l'un des parents ou du tuteur légal dans la même chambre que celle de l'enfant traité, pour autant que l'*assuré* a moins de 14 ans et à condition que ces frais figurent sur la facture légale de l'établissement hospitalier ;
- les frais d'*hospitalisation* d'un donneur en cas de transplantation au bénéfice de l'*assuré*, à condition que ces frais aient un rapport direct avec le don ; la parenté entre le donneur et l'*assuré* n'est pas exigée ;
- les *frais de morgue* pour autant qu'ils figurent sur la facture légale de l'établissement hospitalier ;
- les *frais d'accouchement à domicile* ;
- l'*aide à la maternité*, tant pour l'*accouchement policlinique* qu'à *domicile*, à concurrence de max. 400,00 EUR ;
- les traitements plastico-esthétiques de reconstitution à caractère fonctionnel consécutifs à une maladie ou un *accident assurés* ;
- les traitements plastico-esthétiques ne relevant pas de la reconstitution et à caractère fonctionnel, pour autant qu'ils aient été approuvés par l'INAMI. Les suppléments d'honoraires ne sont pas remboursés, ni le matériel pour lequel l'INAMI ne prévoit pas d'intervention.

### 1.2. Soins ambulatoires (période dite pré- et post-hospitalisation)

Cette garantie s'applique si les frais indiqués sont en relation directe avec la cause de l'hospitalisation.

Durant la période de deux mois avant et six mois après l'hospitalisation garantie, les frais ambulatoires suivants sont remboursés :

- les honoraires médicaux et les prestations techniques ;
- les médicaments administrés ;
- les prothèses, orthèses et autres accessoires médicaux pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin ;
- les traitements dentaires qui ont un lien direct avec une hospitalisation garantie ;
- les traitements dans le cadre d'affections psychiques et psychosomatiques à condition que le plan de traitement ait préalablement été approuvé par le médecin-conseil de la compagnie ;
- les traitements homéopathiques, l'acupuncture, la chiropraxie, l'ostéopathie.
- les traitements paramédicaux tels que la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie s'ils sont prescrits par un médecin.

### 1.3. Soins ambulatoires pour maladies graves

Après confirmation du diagnostic, les soins ambulatoires qui ont un lien direct avec les maladies énumérées ci-dessous sont remboursés.

Le remboursement de ces frais a lieu même en dehors de la période de pré- et de post-hospitalisation, sans qu'une hospitalisation ne soit requise.

MALADIES	DIAGNOSTIQUEE PAR
Cancer, leucémie, maladie de Hodgkin	Examen anatomopathologique
Sclérose en plaques, maladie de Parkinson, méningite bactérienne, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique, dystrophies musculaires progressives, encéphalite	Spécialiste des maladies nerveuses
Maladie de Creutzfeldt-Jacob	Neurologue
Hépatite virale	Examen biologique
Sida	Spécialiste en médecine interne
Mucoviscidose	Pédiatre
Tuberculose	Pneumologue
Diabète	Spécialiste en médecine interne
Dialyse rénale	Néphrologue
Maladie de Crohn	Spécialiste en médecine interne

Les maladies rares suivantes sont également assurées :

MALADIE	DIAGNOSTIQUEE PAR
Tétanos, typhus exanthématique, typhoïde, paratyphoïde, choléra, malaria, diphtérie ou poliomyélite, charbon	Examen biologique

#### 1.4. Soins palliatifs

Les *soins palliatifs* administrés dans un service hospitalier palliatif agréé sont remboursables.

Pour les soins palliatifs à domicile, un montant de 250,00 EUR est alloué. Ce montant peut être utilisé pour les *médicaments*, les instruments de soins et les accessoires d'aide. La condition pour pouvoir bénéficier de cette intervention est la reconnaissance d'un *forfait pour soins palliatifs*.

#### 1.5. Assistance

##### 1.5.1. En Belgique

Pour pouvoir utiliser les services énoncés ci-dessous en Belgique, l'*assuré* doit toujours prendre directement contact avec *la société d'assistance*.

Dans le cas d'une hospitalisation garantie imprévue de plus de 3 nuits suite à une maladie ou à un accident :

La société *d'assistance* paie durant la période d'admission ou durant la semaine suivante :

##### **Aide familiale**

- soit, les frais d'aide familiale au domicile de l'*assuré*, à concurrence d'un montant maximal de 125,00 EUR ;
- soit, pour le même montant, le voyage aller-retour d'une personne au choix résidant en Belgique, afin que celle-ci puisse se rendre au lieu où demeure l'*assuré*.  
Si l'*assuré* souhaite organiser lui-même l'aide familiale, il devra fournir la preuve de cette dépense à la *société d'assistance*.

##### **Garde d'enfants**

- les frais et l'organisation de la garde des enfants durant 3 jours au maximum à raison d'un maximum de 10 heures par jour, à condition que l'*assuré* hospitalisé soit l'un des parents ou le tuteur légal d'un enfant de moins de 16 ans.

##### **Garde d'animaux**

- les frais de transport des animaux domestiques vers un lieu de garderie au choix ou vers un chenil si aucun lieu de garderie n'est désigné, pour un montant maximal de 125,00 EUR et pour autant qu'aucun autre membre de la famille, résidant sous le même toit, ne puisse prendre les animaux domestiques en charge.

##### **Service de courses**

- L'*assuré* peut faire appel à ce service au maximum 5 fois durant le mois suivant sa sortie de l'*hôpital*, moyennant prescription du médecin.  
Le paiement des marchandises commandées est à charge de l'*assuré*.

### Transport vers un autre hôpital

Si l'assuré souhaite être transporté vers un autre hôpital plus proche de son domicile, ce transport sera réglé pour autant que le médecin de la société d'assistance et le médecin traitant l'aient autorisé.

### Service Info

Ce service peut exclusivement être obtenu par téléphone auprès de la société d'assistance. Le Service Info de la société d'assistance est accessible du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures (heure belge). Les informations médicales urgentes sont disponibles jour et nuit.

Il se peut que certaines questions très spécifiques requièrent des recherches supplémentaires et qu'une réponse immédiate ne puisse être garantie.

La société d'assistance et la compagnie ne sont pas responsables de l'interprétation de l'information ni de l'utilisation faite par l'assuré des informations communiquées.

### **Informations sur les soins de santé**

- hôpitaux, centres de rééducation et maisons de repos à proximité ;
- services ambulanciers à proximité ;
- organisations de soins à domicile ;
- services de location de matériel médical ;
- centre de cures;
- ...

### **Informations sur les services à domicile**

- informations sur les services à domicile (comme les coiffeurs, les pédicures, les dentistes, les traiteurs, les laveurs de vitres,...)

### **Informations pour les départs en voyage**

- publications touristiques sur le pays à visiter ;
- le climat dans le pays et des conseils quant aux vêtements à prévoir ;
- situation sanitaire et épidémiologique du pays ;
- précautions hygiéniques et médicales à prendre par l'assuré ;
- vaccins obligatoires et conseillés ;
- visas et formalités à remplir pour les personnes, les véhicules, et les animaux domestiques ;
- jours fériés et décalage horaire ;
- instructions douanières pour usage privé ;
- adresses des consulats et centres de contrôle routier étrangers en Belgique et à l'étranger ;
- taux de change et les devises ;
- niveau de vie (transports, restaurants, hôtels ,... ) ;
- état des routes ;
- prix du carburant ;
- hôtels satisfaisant à certains critères;
- ...

### 1.5.2. A l'étranger

#### Rapatriement des autres assurés

Si le retour ou le rapatriement de l'assuré empêche les autres assurés de poursuivre leur déplacement par les moyens initialement prévus :

- la *société d'assistance* organise et paie leur retour du lieu de l'immobilisation vers leur domicile ;
- ou la *société d'assistance* prend en charge les frais de la poursuite du voyage à concurrence du coût du rapatriement vers le domicile.

#### En cas de décès

§1 Si l'assuré décède au cours d'un déplacement et si l'enterrement ou la crémation est prévu dans le pays de résidence de l'assuré ou dans son pays d'origine, la *société d'assistance* organise le rapatriement de la dépouille mortelle de l'hôpital ou de la morgue vers le pays où habitait l'assuré ou vers son pays d'origine.

Les frais suivants sont alors pris en charge par la *société d'assistance* :

- les frais d'embaumement et de mise en bière ;
- les frais relatifs au cercueil et aux autres équipements spéciaux requis pour le transport jusqu'à un montant de 1.500,00 EUR ;
- les frais de transport du cercueil à l'exception des frais pour le service funèbre, d'enterrement ou de crémation.

§2 Si la famille de l'assuré souhaite faire transporter la dépouille mortelle vers un autre pays (et non vers le pays où résidait l'assuré, ni vers son pays d'origine), la *société d'assistance* organise et paie ce transport à concurrence du montant qu'elle aurait payé en exécution du §1.

§3 Si l'enterrement ou la crémation a lieu dans le pays où l'assuré est décédé, la *société d'assistance* paiera les frais énumérés ci-dessous à concurrence du montant total qu'elle aurait payé en exécution du §1 :

- les frais d'embaumement et de mise en bière ;
- les frais relatifs au cercueil ou à l'urne à concurrence de 1.500,00 EUR ;
- les frais de transport sur place de la dépouille mortelle à l'exclusion des frais de cérémonie ;
- les frais de rapatriement de l'urne vers le pays où habitait l'assuré ou vers son pays d'origine ;
- un titre de transport (aller-retour) afin de permettre à un membre de la famille jusqu'au 2<sup>e</sup> degré de se rendre sur place.

§ 4 Si les *assurés* accompagnant l'assuré ne peuvent plus, suite au décès de celui-ci, retourner dans leur pays de résidence ou dans leur pays d'origine par les moyens initialement prévus, la *société d'assistance* organise et paie le retour des autres *assurés* vers leur domicile.

### 1.5.3. Assistance psychologique

Si, suite à un traumatisme aigu, une assistance psychologique est requise pour l'assuré ou pour les membres de sa famille assurés, la *société d'assistance* organise l'assistance

psychologique en engageant une organisation spécialisée et prendra à sa charge les frais y afférents avec un maximum de 5 sessions par dommage garanti. Cette assistance doit être demandée dans le mois suivant l'*hospitalisation* imprévue garantie et porte aussi bien sur une *hospitalisation* en Belgique qu'à l'étranger.

La décision d'accepter ou non la facture incombe au médecin-conseil de la société d'assistance. Cette décision est prise en concertation avec l'instance chargée de l'assistance psychologique.

L'assistance psychologique même est toujours dispensée en Belgique.

## 2. Libre choix

---

L'*assuré* a la liberté de choisir son médecin, sa chambre, le laboratoire, ainsi que l'*hôpital*, à condition que le personnel soignant ou les établissements soient reconnus par les autorités légales et que les soins soient administrés par du personnel agréé.

## 3. Enfants

---

Les nouveau-nés sont affiliés sans formalités médicales pour autant que l'un des *assurés* soit affilié depuis au moins 9 mois et que la demande d'assurance de l'enfant se fasse dans les 3 mois après sa naissance.

Les enfants du *preneur d'assurance* peuvent être repris dans le *contrat* de leurs parents tant qu'une allocation familiale est versée pour eux et au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans. Dès qu'un enfant ne donne plus droit aux allocations familiales ou dès qu'il a atteint l'âge de 25 ans, la garantie pour cet enfant expire. A partir de cette date, il peut opter pour une continuation individuelle, sans acceptation médicale aucune et conformément aux conditions applicables à ce moment.

## 4. Exclusions

---

Ne sont **pas** remboursés :

- les traitements qui ne sont pas suffisamment testés cliniquement et qui ne sont pas scientifiquement reconnus en Belgique;
- les traitements contraceptifs;
- les interruptions volontaires de grossesse;
- l'examen des causes de stérilité, l'insémination artificielle, les techniques de fertilisation in vitro ou les autres traitements de la fertilité;
- les traitements dans une station thermale ou balnéaire, un centre de convalescence ou de santé;
- l'admission forcée de l'*assuré* en conséquence d'une décision judiciaire.

Ne sont pas non plus *assurés* les sinistres causés, aggravés ou prolongés par :

- l'acte intentionnel de toute personne ayant un intérêt à toucher les allocations; l'acte intentionnel est un acte qui est posé avec l'intention de causer des dommages corporels à un assuré
- l'automutilation, suicide ou toute tentative de suicide ;
- l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, de l'accélération artificielle des particules d'atomes et les radiations des radio-isotopes ;
- la guerre ou une situation y correspondant de fait, les émeutes civiles ou la révolte ;
- la préparation et la participation aux manifestations sportives par l'*assuré* en tant que *sportif rémunéré*.

L'assurance ne couvre pas les sinistres résultant directement ou indirectement d'un acte de terrorisme. Par terrorisme, l'on entend une action ou une série d'actions organisées clandestinement, cohérentes en temps et en objectif, et exécutées individuellement ou en groupe par conviction idéologique, religieuse, politique, économique ou sociale. Ces actions visent à porter atteinte à l'intégrité physique des personnes ou à endommager des biens en vue d'impressionner le public ou une autorité et de créer un climat d'insécurité.

En outre, il n'y a pas de droit au dédommagement en cas d'*hospitalisation* ou de *maladie* grave consécutives à un *accident* survenu avant la date de souscription ou d'une *maladie* dont les symptômes existaient déjà avant la date de souscription de l'*assuré*.

La garantie est néanmoins accordée si la constatation de la *maladie* ou des conséquences de l'*accident* et les traitements consécutifs n'ont eu lieu qu'après une période de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

De plus, il n'y a pas de couverture lorsque le sinistre garanti est provoqué, aggravé ou prolongé par les cas, énumérés ci-après, de faute grave de la part de l'*assuré*, du *preneur d'assurance*, ou du *bénéficiaire* ou par toute autre personne ayant un intérêt à toucher les allocations.

Sont considérées comme fautes graves :

- toute participation à des crimes, des délits ou des bagarres, qu'ils soient ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une dispute, à l'exception des cas de légitime défense ;
- les actes manifestement téméraires dont on est censé savoir qu'ils constituent une menace à l'intégrité physique ; sauf dans les cas de tentative de sauvetage de personnes ou de biens ;
- tout acte manifestement téméraire, posé par un tiers avec l'approbation de l'assuré ou d'une autre personne ayant un intérêt à toucher les allocations, par lequel un assuré subit des dommages corporels;
- toute forme d'intoxication par ou abus chronique d'alcool, de drogues ou de *médicaments* ou toute forme de toxicomanie, s'il existe un rapport de cause à effet entre cet état et le sinistre.

## 5. Validité territoriale

---

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'*assuré* soit soumis à la Sécurité sociale belge et qu'il ait son domicile légal et sa résidence de fait en Belgique, sauf stipulation contraire dans les conditions particulières.

Les frais d'*hospitalisation* à l'étranger sont indemnisés si l'*assuré* :

- nécessite des soins médicaux urgents et immédiats durant son séjour à l'étranger ;
- doit subir, à l'étranger, un traitement urgent nécessaire d'un point de vue médical et ce après l'autorisation préalable du médecin-conseil de la *compagnie*.

## 6. Montant maximal

---

L'intervention maximale s'élève à **1.250.000,00 EUR** par *assuré* et par *année d'assurance*.

## SINISTRES

### 7. Règlement du sinistre en Belgique

---

#### 7.1. Déclaration

La *compagnie* doit recevoir une déclaration de chaque sinistre dans un délai de 30 jours et dans tous les cas aussi vite que possible.

#### 7.2. Remboursement

Tous les frais hospitaliers *assurés* sont remboursés pour autant qu'ils figurent sur la facture légale d'hospitalisation.

Si l'*assuré* est soigné dans un *hôpital* qui a conclu un accord de remboursement direct avec la *compagnie*, les frais réellement encourus sont réglés directement avec l'*hôpital* (voir 9 : Remboursement direct).

Tous les soins médicaux dispensés en dehors de l'*hôpital* sont remboursés à condition que l'*assuré* fournisse les documents originaux suivants à la *compagnie*, au plus tard une année après la date de la prestation : preuves légales de paiement, reçus de la mutuelle, ainsi que les preuves des indemnités que l'*assuré* a perçues en vertu d'un règlement obligatoire ou d'un autre règlement auquel il a souscrit.

La compagnie peut, si elle le juge nécessaire, exiger des pièces justificatives complémentaires.

#### **Montant du remboursement**

La *compagnie* paie à l'*assuré*, au plus tard 5 jours ouvrables après réception des factures originales, d'après le pourcentage indiqué ci-dessous, la différence entre

d'une part :

le montant des frais réellement encourus, couverts par ce *contrat*

et d'autre part :

l'*indemnité légale*, toutes les autres interventions de la part de mutuelles et toutes les autres indemnités ou interventions.

#### **Sont remboursées à 100 %**

- toutes les prestations assurées dispensées pendant une *hospitalisation*, même les prestations pour lesquelles l'INAMI n'intervient pas ;
- les prestations *assurées* dispensées en dehors d'une *hospitalisation*, pour lesquelles l'INAMI prévoit une intervention.

#### **Sont remboursées à 50 %**

- les prestations *assurées* dispensées en dehors d'une *hospitalisation*, pour lesquelles l'INAMI ne prévoit pas d'intervention.

L'éventuelle *franchise* est déduite du montant à rembourser.

## 8. Règlement du sinistre à l'étranger

---

### 8.1. Déclaration

L'intervention dans le cas d'une *hospitalisation* à l'étranger est garantie sous réserve d'en avoir informé la *compagnie* dans les 24 heures suivant l'*hospitalisation*, à l'un des numéros de téléphone figurant sur la carte de l'assurance et sous réserve du respect des règles relatives à la validité territoriale (voir 5 : Validité territoriale).

### 8.2. Remboursement

Tous les frais d'*hospitalisation* sont remboursés pour autant qu'ils figurent sur la facture d'*hospitalisation*.

En cas d'*hospitalisation*, la *compagnie* règle les frais réellement encourus directement avec l'hôpital (voir 9 : Remboursement direct).

Les soins médicaux dispensés en dehors de l'*hôpital* sont remboursés à condition que l'*assuré* fournisse les documents originaux suivants à la *compagnie*, au plus tard une année après la date de la prestation : preuves légales de paiement, reçus de la mutuelle, ainsi que les preuves des indemnités que l'*assuré* a perçues en vertu d'un règlement obligatoire ou d'un autre règlement auquel il a souscrit.

Si elle le juge nécessaire, la *compagnie* peut exiger des preuves supplémentaires.

Si le *bénéficiaire* peut bénéficier plus tard d'une *indemnité légale* ou d'autres interventions de la part de mutuelles ou consécutives à quelque autre contrat que ce soit, le *bénéficiaire* devra immédiatement rembourser ces montants à la *compagnie*.

L'éventuelle *franchise* est déduite du montant à rembourser.

### 8.3. Rapatriement de l'*assuré*

Sur la base de l'état médical de l'*assuré*, la *compagnie* peut décider de procéder à son transfert vers un *hôpital* suffisamment spécialisé dans la région ou éventuellement au rapatriement de l'*assuré* vers un *hôpital* en Belgique.

## 9. Remboursement direct

---

Pour l'admission dans un *hôpital* en Belgique qui a conclu un accord de remboursement direct avec la *compagnie*, et pour l'admission dans un *hôpital* étranger, la *compagnie* paiera les frais des soins et des services dispensés directement à l'*hôpital*, sous réserve de conformité avec les règles dudit accord.

De ce fait, la *compagnie* devient subrogée de droit pour les frais payés.

Tout paiement se fera toujours sous réserve d'un contrôle par la *compagnie* des garanties relatives au sinistre.

Si l'*assuré* fait usage de ce système de paiement direct, il accepte que la *compagnie* paie pour le compte de celui qui devrait normalement assumer les frais.

En outre, l'*assuré* s'engage à rembourser les dépenses non couvertes par le *contrat* si la *compagnie* les a réglées directement avec l'*hôpital*.

La *compagnie* obtient toujours le droit de propriété des factures originales, belges et étrangères.

## 10. Suivi médical

---

L'*assuré* prendra immédiatement toutes les mesures afin d'accélérer sa guérison. Il demandera à son médecin traitant, chaque fois que cela est nécessaire, de lui délivrer les déclarations médicales nécessaires pour l'exécution du présent *contrat*.

De plus, la *compagnie* a le droit de demander des informations supplémentaires à l'*assuré* et de procéder aux mesures de contrôle qu'elle juge nécessaires. Le médecin-conseil de la *compagnie* peut soumettre l'*assuré* à un examen de contrôle, même si l'admission dans un établissement désigné par la *compagnie*, est nécessaire à cet effet.

Les frais de cet examen sont à charge de la *compagnie*.

La *compagnie* doit être tenue informée dans les plus brefs délais de toute modification de l'état de santé de l'*assuré*.

## 11. Litiges

---

Les litiges portant sur les aspects médicaux peuvent être tranchés par une expertise médicale à l'amiable, où les deux parties en présence nomment leur propre médecin.

Ces deux médecins en nommeront un troisième qui n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle.

Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'examens spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie.

Si l'*assuré* obtient gain de cause après expertise médicale, la *compagnie* paiera les honoraires et les débours du médecin de l'*assuré* à raison de 250,00 EUR au maximum, ainsi que les honoraires et débours du tiers médecin, et les examens spécialisés qui s'avèreraient nécessaires.

La décision de ces médecins est définitive et lie les parties, pour autant qu'elle soit conforme au *contrat* et à ses avenants. Toute dérogation rend leur décision nulle.

## DISPOSITIONS GENERALES

### 12. Début, durée et fin de l'assurance

---

#### 12.1. Début de l'assurance

L'assurance prend effet à la date indiquée aux conditions particulières après l'acceptation médicale par le médecin-conseil de la *compagnie* et après paiement de la première prime ou tranche de prime correspondant aux modalités de paiement.

La prime ne peut être réglée que contre un reçu de la *compagnie*.

#### Délai d'attente

Période qui prend effet à la date d'entrée en vigueur du *contrat*.

Aucun délai d'attente n'est appliqué, sauf en cas de grossesse ou d'accouchement.

En cas de grossesse ou d'accouchement, le délai d'attente est de 9 mois. Ce délai est porté à 24 mois pour les femmes, cohabitantes ou mariées, qui sont la seule personne *assurée* dans le *contrat*.

Les cas de sinistre se produisant au cours du délai d'attente et qui ont un lien de cause à effet avec la grossesse ou l'accouchement, ne sont pas indemnisés.

#### 12.2. Durée de l'assurance

Le *contrat* est souscrit pour une durée illimitée. Seul le *preneur d'assurance* peut y mettre fin, annuellement, par lettre recommandée. Cette lettre doit parvenir à la *compagnie* au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle de la prime ou de l'anniversaire de la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

#### 12.3. Fin de l'assurance

Dès lors que le *preneur d'assurance* résilie le *contrat* pour une ou plusieurs personnes *assurées*, la *compagnie* a le droit de résilier le *contrat* pour les personnes *assurées* restantes à partir de la même date. La *compagnie* ne peut pas faire valoir ce droit dans le cas où l'enfant *assuré* ne souhaite pas prolonger le *contrat* à titre individuel.

De plus, la *compagnie* peut uniquement mettre fin au *contrat* en cas de :

- non-paiement de la prime, de la surprime ou des sommes supplémentaires (voir 13.2 : Non-paiement de la prime) ;
- fraude ou de tentative de fraude.

Cette résiliation doit se faire par lettre recommandée et prend effet 30 jours après son expédition.

L'encaissement de la prime par la *compagnie* n'implique pas sa renonciation à son droit de résiliation.

Sauf s'il en a été convenu autrement :

- la garantie est suspendue de plein droit pour un *assuré* dont le domicile légal ou le domicile de fait est situé en dehors de la Belgique pendant plus de 3 mois successifs ;
- la garantie vient à terme au décès du *preneur d'assurance*. La couverture des autres *assurés* peut être poursuivie ;
- la garantie vient à terme pour les enfants ne donnant plus droit aux allocations familiales ou qui ont atteint l'âge de 25 ans (voir 3 : Enfants).

En cas de résiliation du *contrat*, la *compagnie* n'indemniserait que les frais qui portent sur la période *assurée*. En cas de suspension des garanties, la *compagnie* refuserait son intervention pour les frais consécutifs à une *maladie* ou à un *accident*, encourus durant la période de suspension.

### 13. Prime

---

#### 13.1. Indexation de la prime

La *compagnie* peut revoir la prime à chaque date d'échéance principale.

La prime sera alors adaptée à l'évolution de l'index spécifique de la rubrique 6.4 "Soins à l'hôpital", qui est un élément de l'indice des prix à la consommation.

L'adaptation se fera en multipliant la prime par une fraction, le numérateur étant égal à l'indice du mois d'octobre de l'année calendrier, précédant l'échéance, et le dénominateur étant égal à l'indice du mois d'octobre de l'année calendrier, précédant la conclusion du contrat.

Tant que ce contrat est régi par l'article 57 de la loi du 30 mars 1976 relative aux mesures de redressement économique, l'adaptation sera calculée sur 80% de la prime tandis que 20% de la prime demeure inchangé.

La *compagnie* communiquera la nouvelle prime au moyen d'un avis d'échéance de la prime. Cette indexation de la prime n'annule en rien le droit du *preneur d'assurance* de résilier le contrat dans un délai de 30 jours après réception de l'avis d'adaptation.

#### 13.2. Non-paiement de la prime

En cas de non-paiement de la prime à la date d'échéance, la *compagnie* peut suspendre ou résilier le *contrat*, après mise en demeure du *preneur d'assurance* par la *compagnie* moyennant lettre recommandée à la poste.

La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat prend effet au terme d'un délai de 15 jours, à compter du jour suivant la remise à la poste de la lettre recommandée. Par cette suspension, l'*assuré* perd son droit à l'indemnisation de tous les soins médicaux administrés, ou ayant leur cause durant la période de suspension. Tout paiement par la *compagnie* suite à un sinistre durant cette période peut être répercuté sur le *preneur d'assurance*.

### 13.3. Fin de la suspension

La suspension prend fin après paiement par le *preneur d'assurance* de toutes les primes échues, augmentées des intérêts le cas échéant, tel que mentionné dans la dernière mise en demeure ou décision judiciaire. La *compagnie* se réserve toutefois le droit de lier la remise en vigueur du contrat à la réception d'une nouvelle proposition d'assurance, ainsi qu'au résultat positif d'un examen médical des personnes assurées.

La suspension de la garantie ne porte pas préjudice au droit de la *compagnie* d'exiger les primes qui doivent venir à échéance, à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure conformément à la clause 13.2 (Non-paiement de la prime).

Le droit de la *compagnie* est toutefois limité aux primes pour deux années successives.

### 14. Changement du tarif

---

A partir de la première date d'échéance annuelle suivante, la *compagnie* se réserve également le droit de modifier ses tarifs si, sur la base d'un dossier technique déposé auprès de l'Office de Contrôle des Assurances, il est démontré que la prime appliquée et l'indexation annuelle sont insuffisantes pour couvrir l'augmentation du prix coûtant réel.

Dans ce cas, la *compagnie* communiquera la nouvelle prime au *preneur d'assurance* au moyen d'un avis d'échéance de la prime, dans lequel elle signale expressément l'adaptation de la prime.

Le *preneur d'assurance* peut, dans ce cas, résilier le *contrat* dans un délai de 3 mois après réception de l'avis d'adaptation de la prime.

En raison des évolutions dans le monde médical, la société peut décider d'élargir ou d'adapter les conditions. Le *preneur d'assurance* a, dans ce cas, le choix de donner suite à l'offre de passer aux nouvelles conditions ou de conserver les conditions existantes .

### 15. Impôts et frais

---

Tous impôts, taxes ou frais perçus ou à percevoir du chef du présent *contrat* sont à charge du *preneur d'assurance*. Ils sont perçus en même temps que la prime.

### 16. Obligation de déclaration

---

Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* ont l'obligation de déclarer toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme constituant pour la *compagnie* des éléments d'appréciation du risque au moment de la souscription du contrat. Lorsqu'il n'est point répondu à certaines questions de la *compagnie* et que la *compagnie* a néanmoins conclu le *contrat*, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

### 16.1. Omission ou inexactitude intentionnelle

Lorsque la *compagnie*, suite à l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans les déclarations, a été induite en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le *contrat* est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la *compagnie* a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui reviennent.

### 16.2. Omission ou inexactitude non intentionnelle

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration du *preneur d'assurance* ou de *l'assuré* ne sont pas intentionnelles, la *compagnie* propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du *contrat* avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la proposition de modification du *contrat* est refusée par le *preneur d'assurance* ou *l'assuré* ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas, de manière explicite acceptée ou refusée par le *preneur d'assurance* ou *l'assuré*, la *compagnie* peut résilier le *contrat* dans les quinze jours.

La *compagnie* peut résilier le *contrat* dans un délai d'un mois à compter du jour de la prise de connaissance si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque si elle avait été au courant de l'omission ou de l'inexactitude non intentionnelle.

### 16.3. Garanties similaires

Le *preneur d'assurance* ou *l'assuré* sont tenus d'aviser la *compagnie* de l'existence de tout autre contrat, garantie, droit à une intervention ou assurance ayant le même objet et souscrits en faveur du/des même(s) *assuré(s)*.

## 17. Non-respect des obligations contractuelles

---

Lorsque *l'assuré* ou le *preneur d'assurance* ne remplit pas les obligations contractuelles prévues aux chapitres 7.1 et 7.2, et qu'il en résulte ainsi un préjudice pour la *compagnie*, celle-ci a le droit de prétendre à une diminution de ses prestations à concurrence du préjudice subi par elle.

Lorsque le *preneur d'assurance* ou *l'assuré* n'a pas respecté les obligations contractuelles citées ci-dessus dans une intention frauduleuse, la *compagnie* peut refuser sa couverture.

Lorsque *l'assuré* ou le *preneur d'assurance* ne remplit pas les obligations contractuelles prévues à l'article 16.3 (Garanties similaires) et ce, de manière frauduleuse, le *contrat* est nul et la *compagnie*, si elle est de bonne foi, a le droit de retenir les primes échues comme indemnisation.

## 18. Tiers responsable

---

La *compagnie* est subrogée de plein droit dans les droits que l'*assuré* ou la personne qui le représente pourrait faire valoir à l'égard du tiers responsable.

La *compagnie* est subrogée à concurrence de l'indemnité payée du chef du *contrat*. Ainsi la *compagnie* peut exercer un recours direct vis-à-vis d'un tiers responsable ou de son assureur.

De plus, l'*assuré* ou la personne qui le représente, ne peut renoncer à quelque recours que ce soit, sans l'autorisation écrite de la *compagnie*.

La *compagnie* ne peut exercer de recours contre des consanguins de ligne ascendante ou descendante, l'époux (l'épouse) et les parents en lignée directe de l'*assuré*, ni contre les personnes habitant sous son toit, ses hôtes et son personnel domestique, sauf intention frauduleuse.

La *compagnie* peut toutefois exercer de recours contre les personnes susmentionnées pour autant que leur responsabilité est effectivement *assurée* par un contrat d'assurance.

## 19. Clause de supplétivité

---

Dans le cas où il est question de cumul entre les couvertures du *contrat* de l'*assuré* souscrit auprès de la *compagnie*, l'intervention complémentaire libre de la mutuelle et les interventions de la mutuelle ne relevant pas des assurances obligatoires, la *compagnie* n'interviendra qu'après que l'*assuré* a épuisé les assurances auprès de la mutuelle.

## 20. Correspondance

---

Dans le cadre du présent *contrat*, toute lettre recommandée constitue une mise en demeure suffisante.

L'envoi de cette lettre sera dûment justifié par le récépissé de la poste, son contenu par la copie dans les dossiers de la *compagnie*. Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* s'obligent à la réception de toute correspondance que leur adresserait la *compagnie*.

Le *preneur d'assurance* et l'*assuré* s'engagent à recevoir tout courrier de la *compagnie* à leur adresse.

Le *preneur d'assurance* est tenu d'informer la *compagnie* de tout changement d'adresse. A défaut, toute lettre et toute mise en demeure est valablement envoyée à l'adresse notifiée en Belgique.

Le domicile des parties est élu de plein droit, celui de la *compagnie* à son siège social, celui du *preneur d'assurance* et de l'*assuré* à l'adresse notifiée.

## 21. Service Médiateur

---

Dans le cas où le *preneur d'assurance* aurait une plainte portant sur ce contrat, il peut l'adresser, durant la période de validité de ce contrat :

- au Service Médiateur ING Insurance  
Desguinlei 92  
2018 Antwerpen  
e-mail : pat.service.mediateur@inginsurance.be  
Fax : 03/244.66.68
- à l' Office de Contrôle des Assurances  
Avenue de Kortenberg 61  
1000 Bruxelles