

Conditions générales

SOMMAIRE

I. Définitions	3
II. Le contrat d'assurance	5
1. Le contrat	5
2. Les parties intéressées	6
3. Les composantes du contrat	6
III. Les garanties	7
1. Soins médicaux – Hospit-All	7
2. Rapatriement et assistance	10
3. Etendue territoriale	13
4. Accord préalable	14
5. Exclusions des garanties	14
IV. Déclaration et calcul du remboursement	15
1. Comment la déclaration se passe-t-elle ?	15
2. Comment le calcul se passe-t-il ?	17
3. Comment le paiement se passe-t-il ?	18
V. Les assurés	18
1. Qui peut être affilié ?	18
2. Quand l'affiliation prendra-t-elle fin ?	19
3. Comment la continuation individuelle se passe-t-elle ?	20
4. Paiement d'une prime complémentaire	21

VI. La prime 21

1. Qui paie la prime ? 21
2. Quel est le montant de la prime ? 21
3. Comment la prime est-elle payée ? 22
4. Que se passe-t-il si la prime n'est pas payée ? 22

VII. Autres dispositions 23

1. Obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées 23
2. Durée du contrat d'assurance 23
3. Modifications sur base de changements réglementaires 23
4. Litiges et plaintes 24
5. Conflits d'intérêts 24
6. Protection des données personnelles 24

I. DEFINITIONS

Accident :	Un événement soudain, imprévisible et indépendant de la volonté de l'assuré et/ou de toute autre personne ayant intérêt à l'assurance, qui est la conséquence d'une cause ou de causes extérieure(s) à l'organisme de l'assuré et qui a pour conséquence une atteinte médicalement constatable et objectivable à son l'intégrité physique.
AMI :	L'Assurance Maladie Invalidité' ou 'assurance obligatoire soins de santé et indemnités' est l'assurance maladie obligatoire gérée, organisée et contrôlée par l'INAMI (l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité). Cette assurance, à laquelle chaque individu en Belgique doit être affilié en tant que titulaire ou personne à charge, prévoit des interventions légales en cas de maladie ou d'incapacité de travail.
Année d'assurance :	Période comprise entre deux échéances principales annuelles du contrat d'assurance.
Année sinistre :	L'année sinistre est calculée à partir du premier jour de la première hospitalisation et se termine 365 jours plus tard. Si les frais concernent une maladie grave non précédée d'une période d'hospitalisation, l'année sinistre est calculée à partir de la date des premiers frais remboursables.
Assisteur :	Allianz Partners, AWP P&C S.A. - succursale belge Boulevard du Roi Albert II, 32 1000 Bruxelles Entreprise d'assurances autorisée sous le numéro de code 2769 à exploiter la branche "Assistance". (branche 18 - A.R. du 18/01/1982 B.S. du 23/01/1982) à exercer - R.C.B. 438.736 – B.C.E. Numéro d'entreprise 0837.437.919
AssurCard :	Carte permettant le système du tiers payant grâce à l'échange électronique sécurisé des factures d'hospitalisation avec l'Entreprise d'Assurances.
Assurés :	Assuré principal La personne liée professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation (ex. employé). Coassuré Les membres de la famille de l'assuré principal qui bénéficient également de la couverture de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle sont appelés « coassurés ».
AssurPharma :	Échange électronique sécurisé des données reprises sur les attestations de pharmacie (BVAC) avec l'Entreprise d'Assurances.
Contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle :	Assurance soins de santé souscrite par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit de plusieurs personnes qui sont liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation.
Délai d'attente :	Période définie dans les Conditions Particulières prenant cours à la date d'affiliation et pendant laquelle aucun remboursement n'est dû par l'Entreprise d'Assurances. Aucun délai d'attente n'est appliqué pour les accidents.
Dispositif orthopédique :	Dispositif destiné à corriger des difformités du corps, à compenser une fonction absente ou déficiente, à soutenir une structure articulaire ou musculaire ou à protéger, immobiliser ou soutenir le corps ou l'une de ses parties.
Entreprise d'Assurances :	Allianz Benelux S.A. Boulevard du Roi Albert II, 32 1000 Bruxelles Entreprise d'Assurances agréée par la BNB (Banque Nationale de Belgique) sous le n° 0403.258.197 pour pratiquer les branches "Vie" et "Non-Vie" (A.R. du 04/07/1979 - B.S. du 14/07/1979, A.R. du 19/05/1995 - B.S. du 16/06/1995) - R.C.B. 574 – B.C.E. Numéro d'entreprise 0403.258.197 Ci-après nommée : « Nous » ou « l'Assureur » ou « l'Entreprise d'Assurances ».

Établissement hospitalier - hôpital :

L'établissement légalement reconnu, agréé et identifié comme un hôpital où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception des :

- centres de psychiatrie légale ;
- homes de séjour provisoire pour les patients psychiatriques et habitations protégées (I.H.P.) et les Maisons de Soins Psychiatriques (M.S.P.);
- établissements médico-pédagogiques;
- établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants et établissements de cures;
- maisons de repos et maisons de repos et de soins (M.R.S.) et les centres de soins de jour, même si ceux-ci sont intégrés dans un établissement hospitalier.

Cette définition est sans préjudice des cas où l'hospitalisation dans un cadre extra-muros est assimilée, dans les présentes Conditions Générales, à une hospitalisation dans un hôpital reconnu.

Frais de séjour :

Ce montant comprend :

- le prix d'une journée de soins ;
- le supplément facturé, dans les limites légales, pour le séjour en chambre individuelle de base (c'est-à-dire la chambre séparée la moins chère facturée par l'hôpital) de la gamme de chambres proposée dans l'hôpital concerné ;
- le forfait journalier pour les médicaments.

Frais médicalement nécessaires :

Tous les actes médicaux et paramédicaux curatifs qui sont adaptés et en relation directe avec le diagnostic posé par le médecin. Sont donc exclues les prescriptions effectuées à titre de confort et de convenances personnelles.

Franchise :

La partie des frais remboursables prévus aux Conditions Particulières qui reste à la charge de l'assuré. Elle s'applique par année de sinistre et par personne assurée.

Intervention légale :

Par intervention légale, on entend :

- pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par la législation belge applicable aux travailleurs salariés ;
- pour les frais exposés à l'étranger : tout remboursement prévu par une convention relative à la sécurité sociale des travailleurs conclue avec ce pays.

La législation belge applicable aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident :

Par législation belge applicable aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident, on entend :

- La législation relative à l'assurance maladie et invalidité obligatoire (AMI) ;
- La législation relative aux accidents du travail et sur le chemin du travail ;
- La législation relative aux maladies professionnelles.

Maladie :

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art et présentant des symptômes objectifs qui permettent d'établir un diagnostic de certitude et de déterminer le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

Par symptômes objectifs, il faut entendre les signes constatés de manière objective par le docteur, soit en examinant le patient (ex : fièvre, masse mammaire, lésion,...) soit en interprétant les résultats d'examens complémentaires (radiographies, biologies, ...).

Ne sont pas considérés comme des symptômes objectifs, les plaintes et ressentis du patient dont il n'est pas possible de déterminer la cause au moyen d'un diagnostic de certitude (ex : la fatigue, le mal de dos, les céphalées, ...).

Matériel médical :

a) Pendant la période d'hospitalisation et repris sur la facture d'hospitalisation :

- le matériel médical utilisé lors du traitement ou de l'opération, généralement à usage unique (p.ex. une pince, un épandeur, ...) et les moyens destinés à dispenser, renforcer ou compléter la médication principale comme les bandages, les seringues, les bas à

varices..., à l'exclusion des montures et verres de lunette, des lentilles de contact et du matériel dentaire ;

- le matériel médical implantable : un objet ou un dispositif qui est placé complètement ou partiellement dans le corps pour favoriser la guérison, le traitement ou le soulagement d'une maladie ou pour l'administration de médicaments, p. ex. pacemaker, filet, boulons etc.

b) En dehors d'une hospitalisation :

- le petit matériel médical acheté auprès d'un organisme agréé en Belgique ou en pharmacie : c'est-à-dire les moyens destinés à dispenser, renforcer ou compléter la médication principale comme les bandages, les seringues, les bas à varices...
- le matériel médical lourd et le dispositif médical loué auprès d'un organisme agréé en Belgique ou auprès d'une pharmacie : c'est-à-dire les moyens destinés à améliorer l'état physique et la mobilité du patient comme un lit, des béquilles, une chaise roulante, et les dispositifs médicaux utilisés pour poser un diagnostic ou pour prévenir, surveiller, traiter ou soulager une maladie, p. ex. un dispositif aérosol, un tensiomètre, un spiromètre, un glucomètre, etc....
- les autres frais couverts sont décrits dans les Conditions Générales.

Médicament :

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin et dont l'autorisation de mise sur le marché a été accordée soit par le ministre compétent en la matière, soit par son représentant conformément aux dispositions de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments à usage humain et ses décisions d'application, ou par la Commission européenne conformément au droit communautaire.

Prothèse :

Tout appareil qui remplace totalement ou partiellement un membre ou un organe et qui est fixé à la personne assurée. Tout organe transplanté ou greffé est assimilé à une prothèse.

Santé :

État de complet bien-être physique et mental qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Sinistre :

Tout événement donnant lieu à une intervention au titre du présent contrat d'assurance.

Techniques et traitements médicaux :

Des techniques et des traitements médicalement acceptés sur base de preuves scientifiques (et donc suffisamment éprouvés) qui découlent de recherches cliniques pour les traitements des maladies et dont les résultats sont validés et déclarés applicables dans la pratique médicale courante (Evidence Based Medicine).

Terrorisme :

Une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe, en attendant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise (loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme).

II. LE CONTRAT D'ASSURANCE

1. Le contrat

Hospit-All est un contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle qui protège les assurés contre les frais médicaux et leur octroie des services en cas de maladie, d'accident, de grossesse et d'accouchement.

Vous, le preneur d'assurance comme indiqué dans les Conditions Particulières, et Nous, l'Assureur, **Allianz Benelux S.A.**,

dont le siège social est situé avenue du Roi Albert II, 32, 1000 Bruxelles, RPR Bruxelles, TVA BE 0403.258.197, concluons le présent contrat.

2. Les parties intéressées

Le preneur d'Assurance :

L'(les) entreprise(s), reprise(s) dans les Conditions Particulières, qui souscri(ven)t le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

L'Entreprise d'Assurances (Nous) :

Allianz Benelux S.A.

Boulevard du Roi Albert II, 32, 1000 Bruxelles

Agréée par la BNB (Banque Nationale de Belgique) et identifiée sous le n°0403.258.197 pour pratiquer les branches "Vie" et "non Vie" (A.R. du 04/07/1979 - M.B. du 14/07/1979, A.R. du 19/05/1995 - M.B. du 16/06/1995) - B.C.E. Numéro d'entreprise 0403.258.197.

L'Assuré :

La personne :

- qui remplit les conditions prévues au titre V des Conditions Générales et dans les Conditions Particulières.
- qui a effectivement été affiliée au contrat d'assurance,
- sur la tête de laquelle repose le risque d'assurance et
- qui, de ce fait, bénéficie des garanties du présent contrat d'assurance.

Les modalités d'affiliation et de fin d'affiliation sont mentionnées dans les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières.

Le Gestionnaire :

La gestion administrative du présent contrat d'assurance est confiée à notre partenaire externe : **MedExel SRL**, Boulevard Louis Mettwie 74/76, 1080 Bruxelles – B.C.E. 440.342.980.

Ce dernier est chargé du suivi administratif, de la collecte des primes ainsi que de la gestion des sinistres. Il est le point de contact privilégié pour toutes les questions relatives au présent contrat d'assurance.

3. Les composantes du contrat

Le présent contrat d'assurance est constitué de plusieurs parties, qui doivent être lues et interprétées ensemble :

- Les Conditions Générales, qui mentionnent en détail les conditions et les garanties de l'assurance
- Les Conditions Particulières, qui reprennent vos données et vos choix ;
- Les avenants éventuels.

En cas de contradiction entre les dispositions des présentes Conditions Générales et les dispositions des Conditions Particulières, ces dernières prévalent.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et Particulières, et les dispositions d'un avenant, ces dernières prévalent.

III. LES GARANTIES

Hospit-all protège les assurés contre les frais médicaux et fournit des services complémentaires. Il s'agit d'un produit d'assurance où l'affiliation des assurés, la déclaration des sinistres et toute autre communication sont effectuées, de préférence, par voie électronique, mais peuvent également l'être par papier.

Le présent chapitre décrit, pour chaque garantie, les frais qui sont assurés, les conditions de remboursement qui doivent être respectées, les limites d'intervention et les frais pour lesquels il n'y a pas d'intervention. Il doit être lu et interprété en combinaison avec les conditions, limitations et exclusions du contrat d'assurance dans son ensemble.

1. Soins médicaux – Hospit-All

1.1 Soins médicaux avec hospitalisation (frais d'hospitalisation)

Description

Nous garantissons le remboursement des **frais d'hospitalisation** en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement.

Nous acceptons également, en tant qu'hospitalisation, un séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier, dans la mesure où l'état de santé du patient l'exige et dans le but d'administrer un traitement curatif dans les meilleurs délais.

Sont également considérés comme des hospitalisations :

- les soins en hôpital de jour (one day clinic) ;
- l'accouchement à domicile;
- les interventions de chirurgie oculaire dans un cadre extra-muros ambulatoire ; et
- l'hospitalisation à domicile, notamment le traitement dans le milieu familial reconnu par l'Assurance Maladie Invalidé (ci-arpès AMI) comme une hospitalisation.

Frais remboursables :

- les honoraires pour les prestations médicales et paramédicales ;
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques tels que définis et codifiés dans la nomenclature des prestations médicales de l'AMI ;
- le coût des médicaments prescrits par un médecin à l'assuré, et du matériel médical ;
- les coûts de biologie clinique, de radiologie et d'imagerie médicale ;
- le test de la 'mort subite' pour le nourrisson ;
- les coûts des soins palliatifs ;
- les coûts de l'accouchement à domicile ;
- les frais engagés en Belgique pour le transport par ambulance ou par hélicoptère ;
- les frais de séjour relatifs à la journée d'hospitalisation ;
- les frais mortuaires repris sur la facture d'hospitalisation;
- les frais des séjour du donneur en cas de transplantation en faveur d'une personne assurée hospitalisée, avec un maximum de 2 500 € ; et
- les frais d'hébergement d'un membre de la famille dans la chambre d'hôpital d'un enfant de moins de 14 ans.

Conditions

Nous intervenons pour les frais d'hospitalisation à condition que ces frais :

- soient directement liés à la cause de l'hospitalisation,
- concernent des soins médicaux prescrits et prestés par des prestataires de soins reconnus, dans un hôpital reconnu et durant la période d'hospitalisation,

HOSPIT-ALL | CONDITIONS GÉNÉRALES

- figurent sur la facture d'hospitalisation **et**
- concernent des soins médicaux curatifs suffisamment éprouvés sur le plan thérapeutique et médicalement nécessaires. Cela signifie, entre autres, que les frais de luxe et de confort sont exclus.

Pour certains frais d'hospitalisation, des conditions supplémentaires doivent être remplies :

- Pour les frais relatifs à une hospitalisation de jour (one day clinic), nous intervenons dans la mesure où :
 - l'hospitalisation de jour a lieu dans une institution reconnue comme hôpital de jour,
 - la facture d'hospitalisation porte en compte un forfait pour l'hospitalisation de jour prévu par l'AMI et
 - un lit d'hôpital a effectivement été utilisé après avoir reçu des soins médicaux à l'hôpital. Cela signifie notamment que nous n'intervenons pas, par exemple, pour le coût d'un simple passage dans une salle d'attente, dans une salle d'examen ou dans tout autre espace de consultation de l'hôpital.
- Nous intervenons pour les frais d'hospitalisation suivants uniquement dans la mesure où les conditions de remboursement exigées par l'AMI sont remplies :
 - les frais liés au traitement contre l'infertilité "**fécondation in vitro**" ou toute autre technique de reproduction artificielle. Les coûts liés à la préservation des cellules à des fins de reproduction ne sont quant à eux pas remboursés ;
 - le coût de la **chirurgie plastique-esthétique** à caractère fonctionnel.
 - Pour les frais d'hospitalisation liés à des **troubles psychiques**, nous intervenons à condition qu'un diagnostic de certitude puisse être établi sur la base de symptômes objectifs.
- Pour les **frais relatifs au transport en ambulance ou en hélicoptère** en Belgique vers et depuis l'hôpital, nous n'intervenons que dans la mesure où :
 - l'état de santé de l'assuré justifie le transport,
 - le transport est lié à l'hospitalisation **et**
 - aucun autre moyen de transport ne peut être utilisé.

Limitations

Ce contrat d'assurance laisse l'assuré libre de choisir une chambre individuelle, double ou commune.

Dans certains cas repris ci-dessous, nous limitons cependant notre intervention comme si les frais avaient été exposés dans une chambre à deux lits. Nous n'intervenons pas dans les suppléments de chambre, les suppléments d'honoraires et le matériel médical pour lequel l'AMI ne prévoit pas de remboursement :

- Hospitalisation pour des traitements **plastiques-esthétiques à caractère fonctionnel**, pour lesquels l'AMI prévoit un remboursement ;
- Hospitalisation dans le service de **gériatrie ou de revalidation ou de rééducation fonctionnelle** à partir de la trente-et-unième nuit d'hospitalisation. Lorsque deux séjours dans le service de gériatrie, revalidation ou rééducation fonctionnelle ne sont pas séparés par un délai de 30 jours, ces deux séjours sont considérés comme faisant partie d'une seule et même hospitalisation ;
- Hospitalisation pour le **traitement de l'obésité** par des médicaments ou une intervention chirurgicale et leurs conséquences avec accord préalable du médecin conseil ;
- Hospitalisation dans un **hôpital de jour** ;
- Traitement dans le milieu familial reconnu par l'AMI comme une hospitalisation (**hospitalisation à domicile**) ;
- Hospitalisation pour une opération d'extraction des dents de sagesse

Pour la chirurgie **oculaire (opération de la cataracte)** extra-muros, c'est-à-dire effectuée en dehors d'un hôpital général ou universitaire reconnu, nous intervenons pour autant qu'elle soit effectuée dans un environnement extra-muros ambulatoire répondant aux normes architecturales et légales d'une fonction 'hospitalisation chirurgicale de jour' et aux conditions de notification requises par l'AMI pour le remboursement, et ce jusqu'à un maximum de 600 € par intervention et par œil.

Pour les frais d'hospitalisation relatifs à des **troubles psychiques** médicalement objectifs, nous n'intervenons que pour une durée d'hospitalisation de deux ans maximum. Nous calculons cette durée en additionnant toutes les périodes, consécutives ou non, d'hospitalisation liées à la maladie psychique à partir du début de la première hospitalisation. Certains frais médicaux nécessitent en outre l'accord préalable de notre médecin conseil (point 4 Accord préalable).

1.2 Frais ambulatoires liés à une hospitalisation ou une maladie grave

Description

a) Frais de soins de santé pré- et post-hospitalisation

Nous garantissons le remboursement des frais de soins de santé ambulatoires en lien direct avec la cause de l'hospitalisation qui sont exposés durant une période dont la durée est déterminée dans les Conditions Particulières.

Les frais concernés sont :

- les honoraires et frais relatifs aux prestations médicales et paramédicales ;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature AMI, à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien ;
- les médicaments prescrits par un médecin à l'assuré ;
- les traitements homéopathiques, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie ;
- l'achat de petit matériel médical et la location de matériel médical lourd.

b) Frais de soins de santé en cas de maladie grave

Nous garantissons le remboursement des frais de soins de santé ambulatoires liés à une maladie grave reprise dans la liste ci-dessous diagnostiquée par un médecin spécialiste légalement reconnu à pratiquer son art et encourus en dehors d'une hospitalisation ou de la période pré- et post-hospitalisation telles que décrites au point a).

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| • cancer | • hépatite virale | • maladie de Parkinson |
| • diphtérie | • poliomyélite | • méningite cérébro-spinale |
| • variole | • fièvre typhoïde | • fièvre paratyphoïde |
| • encéphalite | • tétanos | • dystrophies musculaires progressives |
| • SIDA | • diabète | • mucoviscidose |
| • leucémie | • tuberculose | • sclérose en plaques |
| • malaria | • charbon | • maladie de Crohn |
| • maladie de Hodgkin | • maladie de Creutzfeld-Jacobs | • maladie d'Alzheimer |
| • typhus | • choléra | • sclérose latérale amyotrophique |
| • épilepsie | • scarlatine | • brucellose |
| • affection rénale nécessitant un traitement par dialyse | | • maladie de Pompe |

Les frais concernés sont :

- les honoraires et frais relatifs aux prestations médicales et paramédicales ;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature AMI, à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien ;
- les médicaments prescrits par un médecin à l'assuré ;
- les traitements homéopathiques, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie ;
- les prothèses capillaires avec un maximum de 850 € par an ;
- l'achat de petit matériel médical et la location de matériel médical lourd.

Conditions

Nous intervenons à condition que ces frais soient :

- suffisamment éprouvés sur le plan scientifique et thérapeutique,
- curatifs et médicalement nécessaires **et**
- prescrits et prestés par des prestataires de soins de santé reconnus

Limitations

Les frais ambulatoires sans remboursement AMI sont remboursés à concurrence de 50%.

2. Rapatriement et assistance

2.1 Appels, assistance et rapatriement à l'étranger

Pour obtenir de l'aide, l'assuré doit contacter **Allianz Partners, AWP P&C S.A.** au **+32 2 773 61 09**.

Allianz Partners, AWP P&C S.A., ci-après dénommé "l'Assisteur", reçoit les appels, organise l'assistance et se charge du rapatriement de l'assuré en Belgique.

Tout assuré qui tombe malade ou est victime d'un accident lors d'un séjour à l'étranger pour des raisons privées ou professionnelles (c'est-à-dire à l'occasion d'activités administratives, culturelles ou commerciales, à l'exclusion de toute activité technique ou sportive manifestement dangereuse) peut recourir aux services suivants :

Premiers secours et appel à l'assistance

Pour les premiers secours d'urgence et/ou de transport primaire, il y a lieu de faire appel aux organismes locaux auxquels l'Assisteur ne peut se substituer. Les frais engagés à l'étranger sont remboursés uniquement sur production des justificatifs originaux :

- le transport, autre que par ambulance prescrit par un médecin, vers le médecin ou l'établissement hospitalier le plus proche pour recevoir les premiers soins, jusqu'à concurrence d'un maximum de € 1.000.
- le transport local par ambulance si celui-ci est prescrit par un médecin.

Les obligations d'assistance de l'Assisteur consistent :

- à organiser tous contacts nécessaires entre son service médical et le médecin traitant et, au besoin, le médecin habituel de l'assuré.
- à prendre les décisions nécessaires en fonction des impératifs liés à l'intérêt médical de l'assuré et des règlements sanitaires en vigueur et portant notamment sur :
 - le choix entre une attente, un transport régional ou un rapatriement ;
 - la fixation de la date du transport ;
 - le choix du moyen de transport ;
 - la nécessité d'un accompagnement médical ;
 - le déplacement éventuel d'un compagnon de voyage également assuré, pour accompagner la personne transportée ou rapatriée jusqu'à son lieu de destination.
 - à organiser le transport décidé jusque dans l'établissement hospitalier le plus susceptible d'apporter les soins adéquats; en cas de rapatriement, le transport est organisé jusque dans un établissement hospitalier reconnu, proche du domicile de l'assuré en Belgique, ou, si son état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à son domicile en Belgique.

Avance des frais médicaux

Lorsque l'assuré doit exposer immédiatement des frais médicaux, l'Assisteur peut lui en faire l'avance.

Présence au chevet d'une personne assurée hospitalisée

Lorsque l'assuré est hospitalisé au cours d'un déplacement à l'étranger qu'il effectue sans être accompagné, l'Assisteur organise le déplacement aller-retour d'un parent résidant en Belgique pour se rendre à son chevet s'il apparaît, dès les premiers contacts médicaux, que le transport ou le rapatriement ne peut être assuré dans les sept jours à dater de la déclaration de l'événement, délai non requis si l'enfant hospitalisé est un enfant de moins de dix-huit ans.

L'Assisteur participe également aux frais d'hébergement de ce parent se rendant au chevet de l'assuré jusqu'à concurrence d'un maximum de € 620.

Rapatriement des autres membres assurés de la famille accompagnant la personne assurée hospitalisée

Si un événement entraîne l'hospitalisation d'un parent à l'étranger et empêche les enfants mineurs accompagnant cet assuré de rejoindre leur résidence en Belgique, l'Assisteur organise et prend en charge le retour de enfants mineurs du lieu de l'immobilisation jusqu'à leur résidence en Belgique. De plus, si aucune autre personne ne peut assumer la garde des enfants mineurs accompagnant l'assuré, l'Assisteur organise et prend en charge leur accompagnement par une

personne désignée par la famille et habitant en Belgique. L'assisteur prend en charge le déplacement aller-retour et les frais d'hébergement de l'accompagnateur si nécessaire et à concurrence d'une nuitée maximum.

Si un événement qui conduit à l'hospitalisation d'un membre de la famille assuré, empêche les autres assurés de la famille accompagnant l'assuré hospitalisé de rejoindre leur résidence en Belgique, l'Assisteur organise et prend en charge leur retour du lieu d'immobilisation jusqu'à leur domicile en Belgique.

Rapatriement en cas de décès

Lorsqu'un assuré décède au cours d'un séjour à l'étranger, le prestataire d'assistance organise le transport ou le rapatriement de la dépouille mortelle depuis l'établissement hospitalier ou la jusqu'au domicile en Belgique du défunt ou jusqu'au lieu d'inhumation proche du domicile. Le remboursement des frais (sauf les frais de cérémonie et d'inhumation) s'effectue jusqu'à concurrence d'un maximum de € 1.490.

Coûts de recherche et de sauvetage

L'Assisteur rembourse à concurrence d'un maximum de € 5.000 par personne assurée, les frais de fonctionnement engendrés pour la recherche ou le sauvetage après un accident ou une disparition.

Envoi de médicaments et de dispositifs

Si l'assuré perd ses médicaments, prothèses, lunettes ou lentilles ou s'ils sont volés, l'Assisteur prévoit leur remplacement et leur envoi ; ceci uniquement dans les cas où les médicaments et/ou le matériel sont indispensables à l'assuré, ont été prescrits par un médecin et à la condition qu'aucune alternative ne soit disponible à l'étranger.

Les médicaments et prothèses doivent être reconnus par la sécurité sociale belge. En ce qui concerne les médicaments, un accord préalable du médecin conseil de l'Assisteur est requis et l'intervention de l'Assisteur peut être refusée si l'usage de ces médicaments est interdit par la législation locale.

Le prix d'achat des médicaments et/ou du matériel doit être remboursé par l'assuré dans un délai de 30 jours à partir du paiement par l'Assisteur.

Doctor on call

Si l'assuré est frappé par un problème de santé sérieux et inattendu pendant son séjour à l'étranger, l'Assisteur organise et prend en charge un contact téléphonique avec un médecin en Belgique. L'assuré pourra exposer son problème de santé au médecin et discuter des précautions éventuelles à prendre.

Aide psychologique

L'aide psychologique, telle que décrite ci-dessous, est organisée à l'étranger par téléphone, si celle-ci est requise immédiatement. Il s'agit de

- Pour l'assuré : l'Assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire qui est la conséquence d'une hospitalisation de 5 nuits minimum à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 5 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.
- Pour les parents proches : l'Assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire pour les parents proches de l'assuré décédé à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin.

L'aide psychologique est limitée à maximum 10 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.

Initiative des prestations, décision et responsabilité

Toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au numéro **+32 2 773 61 09** accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention.

Dès lors qu'il est avisé de la survenance d'un événement donnant lieu à l'assistance, l'Assisteur a la maîtrise des opérations à conduire et décide seul des assistances qu'il organise ainsi que du mode de transport à fournir.

L'obligation générale de garantie de l'Assisteur est suspendue dès qu'il se voit refuser sa proposition d'intervention ou toute demande de contacts, de renseignements (y compris ceux relatifs à d'éventuelles autres assurances ayant le même objet et portant sur les mêmes risques que ceux couverts par le présent contrat), d'examen, d'attestations ou de

certificats qu'il juge utile pour apprécier l'événement invoqué, en mesurer la gravité, en déterminer les circonstances, relever l'existence éventuelle d'une cause d'exclusion de garantie ou établir un lien de parenté requis.

L'organisation par un assuré ou par son entourage de l'une des prestations garanties ci-dessus (self - assistance), tout comme l'engagement de toute dépense y relative ne peut donner lieu à remboursement que si l'Assisteur a été prévenu de cette procédure et a préalablement et expressément marqué son accord en communiquant un numéro de dossier. Si l'Assisteur n'a pas marqué son accord, il se réserve le droit de refuser son intervention.

Les engagements financiers de l'Assisteur :

Engagement général: Le coût des assistances organisées par l'Assisteur reste à sa charge dans les limites prévues par le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. Cependant, toute prestation ne pouvant en aucun cas constituer une source de profit financier, l'Assisteur déduit des frais qu'il supporte ceux qui auraient été engagés si le sinistre n'avait pas eu lieu, tels les frais de train, d'autocar, d'avion ou de traversée maritime, les péages divers et le carburant du véhicule, et se réserve le droit de demander les titres de transport non utilisés.

Les frais de communication à l'étranger (téléphone, télécopie, télex, télégramme, internet): ces frais sont remboursés sur justificatifs pour tout appel à l'Assisteur relatif à une assistance garantie par le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Self-assistance: les frais engagés dans les cas de self-assistance ne sont remboursés que dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagé si, tenu d'intervenir, il avait lui-même organisé l'assistance.

Reconnaissance de dette: le coût des services prestés ainsi que tout paiement effectué par l'Assisteur et dont la prise en charge ne lui incombe point, constituent une avance consentie au bénéficiaire. Celui-ci s'engage à la rembourser dès réception de l'invitation à payer lui envoyée par l'Assisteur. Après trente jours, les sommes dues sont majorées forfaitairement de 20% avec un minimum de € 123,95 ainsi que d'un intérêt de 1% par mois écoulé.

2.2 Appels et assistance en Belgique

Pour demander une assistance, l'assuré doit contacter Allianz Partners, AWP P&C N.V. au **+32 2 773 61 09**.

Allianz Partners, AWP P&C N.V., ci-après dénommé "l'Assisteur", reçoit les appels, organise l'assistance et fournit les services suivants :

Infolines

L'Assisteur fournit du lundi au vendredi entre 09h00 et 17h00 à l'assuré, l'adresse et le numéro de téléphone des services médicaux suivants en Belgique :

- institutions pour soins à domicile;
- location de matériel médical;
- centres de réhabilitation;
- maisons de repos pour personnes âgées.

L'Assisteur fournit **24h sur 24 et 7 jours sur 7**, les informations suivantes concernant :

- les établissements hospitaliers;
- les médecins de garde;
- les pharmaciens de garde;
- les services d'ambulance dans les environs de l'assuré.

Mesures spécifiques en cas d'hospitalisation

- organisation de l'enregistrement de l'hospitalisation, réservation d'une chambre dans un établissement hospitalier reconnu;
- organisation des travaux ménagers après une hospitalisation de minimum 3 nuits, pendant une durée de deux mois: l'Assisteur organise le service de nettoyage, repassage, aide ménagère, achat des courses ménagères et jardinage;
- aide à la maternité : Le paiement de l'aide à la maternité après accouchement (également en cas d'un accouchement à domicile) fournis par un établissement reconnu, est limité à un maximum de quatre (4) heures par jour pendant cinq (5) jours consécutifs. Il s'agit de l'aide dispensé à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une personne

- compétente reconnue ;
- organisation et paiement du transport aller-retour vers l'établissement hospitalier: si l'assuré ne peut, pour des raisons médicales, se déplacer seul, l'Assisteur organise et paie le transport par ambulance vers l'établissement hospitalier le plus proche ou vers un établissement hospitalier qui donnera des soins appropriés compte tenu de l'état de santé de l'assuré, pour autant qu'il s'agisse d'une hospitalisation de plus d'une nuit. L'Assisteur peut aussi prévoir le retour au domicile de l'assuré;
- organisation et paiement des services suivants :
 - la garde d'enfant jusqu'à l'âge de 14 ans pendant l'hospitalisation d'un des parents, pendant maximum 8 jours et avec une intervention de maximum € 65 par jour;
 - la garde d'un chien et /ou d'un chat appartenant à l'assuré pendant son hospitalisation et pour un montant maximum de € 125;
 - les leçons de rattrapage pour un enfant assuré à l'école primaire ou secondaire après leur hospitalisation, pour un montant maximum de € 250;
- organisation et paiement d'un chauffeur: L'Assisteur prévoit un chauffeur de remplacement si l'assuré a été hospitalisé pour une durée minimum de trois nuits pour autant que :
 - l'assuré ait été reconnu médicalement incapable conduire;
 - maximum trois jours calendrier (3 fois 8 heures);
 - le véhicule de l'assuré soit en état de rouler et répond à toutes les exigences légales.Le chauffeur de remplacement conduira le véhicule de l'assuré.
L'Assisteur s'engage à fournir cette prestation dans un délai de 6h après appel de l'assuré et prévoit cette garantie uniquement en Belgique.

Aide psychologique

- Pour l'assuré : L'Assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire qui est la conséquence d'une hospitalisation de 5 nuits minimum à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 5 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.
- Pour les parents proches : L'Assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire pour les parents proches de l'assuré décédé à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 10 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.

Informations téléphoniques pour la préparation d'un voyage :

L'Assisteur aide l'assuré dans la préparation de son voyage en lui donnant du lundi au vendredi entre 09h00 et 17h00, les informations relatives aux :

- précautions à prendre en matières médicales et d'hygiène;
- vaccinations obligatoires et conseillées;
- formalités administratives pour les voyageurs, les moyens de transport et les animaux domestiques;
- adresses des consulats étrangers et des bureaux de tourisme en Belgique;
- adresses des consulats belges à l'étranger.

3. Etendue territoriale

Le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle sort ses effets dans le monde entier, pour autant que les conditions, ainsi que les exclusions et limitations qu'il contient soient respectées et puissent être contrôlées. Nous remboursons les frais encourus lors d'une hospitalisation hors de la Belgique (et, pour les travailleurs frontaliers, hors du pays de résidence) uniquement s'il s'agit d'une hospitalisation urgente pour laquelle l'assuré ne s'est pas délibérément rendu en dehors de la Belgique (ou, pour les travailleurs frontaliers, hors du pays de résidence), avec un maximum de 100 000 euros par année sinistre.

4. Accord préalable

Outre les autres conditions et limitations décrites dans le présent contrat d'assurance, nous intervenons pour les prestations médicales suivantes, pour autant que l'assuré ait obtenu l'accord de notre médecin-conseil avant le début du traitement :

- les traitements d'orthodontie, la pose de prothèses ou de matériel dentaire et les traitements de parodontologie, ainsi que les soins ou traitements dentaires prodigués par un stomatologue au cours d'une hospitalisation due à un accident couvert ou à une affection, autre qu'une pathologie des dents, des gencives ou des mâchoires, couverte ;
- la chirurgie plastique et reconstructive ;
- les prothèses et le matériel orthopédiques ;
- tout traitement de l'obésité et ses conséquences ;
- tout soin médical pour lequel l'assuré se rend intentionnellement en dehors de la Belgique ou pour lequel l'assuré fait délibérément appel à un prestataire à l'étranger.

Notre médecin conseil apprécie la nécessité du traitement proposé sur base d'un rapport médical détaillé rédigé par le médecin spécialiste (comprenant la description, la durée et le prix demandé du traitement) et détermine le montant de l'intervention à octroyer sur la base des tarifs habituellement pratiqués pour ce type de traitement. L'assuré fournit ces rapports à notre médecin-conseil au moins 15 jours avant la date du début du traitement ou de l'hospitalisation.

5. Exclusions des garanties

Etats préexistants

Nous n'intervenons pas dans les frais médicaux suivants, qu'ils soient encourus dans le cadre ou non d'une hospitalisation :

- les frais liés à une hospitalisation qui prend cours pendant le délai d'attente (sauf en cas d'accident) ;
- le coût d'une hospitalisation déjà en cours à la date d'affiliation de l'assuré ;

Les garanties de l'Assisteur sont exclues dans les cas suivants :

- la convalescence et l'affection en cours de traitement au moment du déplacement ;
- la rechute d'une maladie constatée avant le déplacement et comportant un risque réel d'aggravation ;

Soins à l'étranger

Nous n'intervenons pas dans les frais exposés à l'étranger lorsque l'assuré s'est intentionnellement rendu hors de la Belgique pour y recevoir des soins, sans accord préalable de notre médecin conseil.

L'Assisteur ne fournit pas d'assistance :

- à l'assuré lorsque celui-ci sort volontairement de la Belgique pour être soigné ;
- pour les frais engagés après le moment fixé par l'Assisteur pour le rapatriement de l'assuré lorsque celui-ci ou ses proches refuse(nt) que le rapatriement ait lieu audit moment ;

Traitements médicaux spécifiques

Nous n'intervenons pas pour les frais relatifs à :

- la stérilisation ou la contraception, y compris les suites et conséquences ;
- les soins et traitements esthétiques et plastiques-esthétiques à caractère non fonctionnel et la chirurgie réfractive, y compris les suites et conséquences ;
- les soins dentaires, les matériaux dentaires, les prothèses dentaires, les prestations de stomatologie, la chirurgie dentaire et l'orthopédie dento-maxillo-faciale ainsi que les traitements orthodontiques. Nous intervenons exceptionnellement lorsque ces coûts sont :
 - la conséquence d'un accident couvert ; ou
 - la conséquence de prestations fournies par un stomatologue durant une hospitalisation couverte, résultant d'une affection autre qu'une pathologie des dents, des gencives ou des mâchoires, ou
 - la conséquence d'une opération d'extraction des dents de sagesse sur base d'une chambre à deux lits à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel médical et des prothèses dentaires.
- les affections psychiques qui ne peuvent être objectivées médicalement ;
- la médecine préventive ou les bilans de santé.

Risques non couverts

L'Assisteur et nous n'intervenons jamais pour des frais :

- que l'assuré ou le bénéficiaire a causé intentionnellement ou qui résultent d'un acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ; ou
- découlant directement ou indirectement
 - d'un événement de guerre ou tout autre événement à caractère militaire ;
 - d'émeutes, de troubles civils, d'actes de violence collectifs de nature politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si la personne assurée y a pris une part active et volontaire ;
 - de la participation volontaire à un crime ou un délit ;
 - d'une tentative de suicide ;
 - de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de l'usage de drogue, de l'usage excessif de médicaments (sauf si cet usage a été prescrit par un médecin) ou de l'usage de médicaments prescrits par un médecin mais non conforme aux recommandations figurant dans la notice du médicament (sauf si l'assureur a expressément et par écrit accepté le remboursement) ;
 - d'une maladie ou d'un accident - et leurs conséquences - qui surviennent à l'assuré lorsqu'il se trouve en état d'ivresse, d'intoxication légalement punissable ou dans un état analogue résultant de produits autres que des boissons alcoolisées, à condition qu'il existe un lien de causalité entre cet état et le traitement ;
 - de tout fait ou succession de faits ayant la même origine, lorsqu'ils résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, des produits ou déchets radioactifs, ainsi que de toute source de radiations ionisantes ;
 - de l'utilisation d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
 - de toute activité sportive rémunérée, y compris l'entraînement, au sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré.

Le présent contrat d'assurance n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanctions économiques, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

L'Assisteur et nous intervenons pour les dommages causés par le terrorisme dans le cadre, les limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. Allianz Benelux S.A. est membre du pool sectoriel TRIP asbl, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi.

IV. DECLARATION ET CALCUL DU REMBOURSEMENT

1. Comment la déclaration se passe-t-elle ?

La déclaration d'une hospitalisation

a) Via AssurCard

En cas d'hospitalisation dans un hôpital équipé de l'infrastructure AssurCard, la déclaration d'hospitalisation peut être réalisée, immédiatement et de manière digitale, par le biais du système Assurcard.

Grâce à AssurCard, l'assuré ne doit pas avancer les frais de son hospitalisation. L'Hôpital nous envoie directement la facture.

En utilisant le système AssurCard, l'assuré ou son représentant accepte les conditions suivantes :

- L'assuré consent à la transmission de données médicales dans le cadre d'une hospitalisation à notre médecin conseil. Ce consentement est renouvelé à chaque hospitalisation.
- Les frais non couverts par le présent contrat d'assurance et la franchise mentionnée dans les Conditions Particulières restent à charge de l'assuré principal. Ce dernier les rembourse dès réception du décompte.

Il est important que l'assuré principal rembourse rapidement les frais avancés restant à sa charge. À défaut, les mesures suivantes pourront être prises :

- Nous enverrons une première lettre de rappel. À ce moment, nous suspendrons tout paiement au titre du présent contrat d'assurance.
- Si l'assuré principal ne rembourse pas les frais après ce premier rappel, nous enverrons un second rappel dont copie sera envoyée au preneur d'assurance.
- Si l'assuré principal n'a toujours pas payé cinq jours après la date de ce second rappel, ni lui ni les membres de sa famille assurés ne pourront encore faire usage de leurs cartes AssurCard. Nous serons alors en droit de réclamer la (ou les) carte(s) concernée(s).
- Enfin, nous informerons l'assuré principal par lettre de notre volonté de l'assigner pour les montants impayés. Cette procédure impliquera la perte de son statut d'assuré.

b) Quand AssurCard n'est pas disponible

Pour une hospitalisation en dehors de la Belgique ou pour laquelle le système AssurCard n'est pas disponible, l'assuré doit nous déclarer le sinistre au plus tard trois mois après sa survenance.

L'assuré nous fait parvenir, de préférence de manière digitale via l'application du Gestionnaire, une déclaration de sinistre dûment complétée accompagnée d'une copie numérique de toutes les pièces justificatives originales (facture de l'hôpital en cas d'hospitalisation, certificats et rapports) de nature à prouver que les frais déclarés ont réellement été encourus.

Nous nous réservons le droit de demander les documents originaux en version papier à tout moment durant les 3 années qui suivent la date de déclaration du sinistre.

La déclaration de sinistre, accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (facture de l'hôpital, certificats et rapports), peut également être réalisée par courrier postal.

La déclaration des frais ambulatoires

Chaque assuré peut déclarer ses frais en pharmacie en Belgique de manière sécurisée et électronique via le système AssurPharma. Grâce à ce système, l'assuré ne doit plus envoyer d'attestations papier (attestation BVAC) à l'Assureur. Pour les autres frais ambulatoires ou les frais de pharmacie pour lesquels le système AssurPharma n'est pas disponible, l'assuré doit nous communiquer, de préférence par voie digitale et au plus tard trois mois après leur survenance, une déclaration de sinistre dûment complétée accompagnée d'une copie de toutes les pièces justificatives (ordonnances, certificats et rapports) prouvant que les frais déclarés ont réellement été encourus. Nous nous réservons le droit de demander les documents originaux en version papier à tout moment durant les 3 années qui suivent la date de déclaration du sinistre.

La déclaration de sinistre, accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (prescriptions médicales, certificats et rapports) peut également être réalisée par courrier postal.

Il est à noter que, pour prétendre à un remboursement, la prescription médicale doit impérativement contenir les informations suivantes :

- le nom et le prénom du patient ;
- le nom et le prénom, ainsi que le numéro INAMI du prescripteur ;
- la date de la prescription et/ou la date du début du traitement ;
- la signature du prescripteur.

L'appel à l'aide

Toute demande d'assistance doit être demandée par téléphone au numéro **+32 (0)2 773 61 09** immédiatement après la survenance d'un événement ouvrant droit à l'assistance.

Dossiers médicaux

L'Assisteur et nous pouvons réclamer toutes pièces médicales supplémentaires nécessaires à l'évaluation et au traitement de la demande d'intervention.

L'assuré s'engage à demander ces documents à son médecin et à nous les envoyer, de manière digitale ou par la poste, au plus tard dans l'année suivant la survenance du sinistre. Si l'envoi a été réalisé par voie digitale, nous nous réservons le droit de demander les documents originaux en version papier à tout moment durant les 3 années qui suivent la date de la déclaration de sinistre.

Toutes les données médicales sont examinées par notre médecin-conseil et/ou celui de l'Assisteur. Si ce médecin-conseil n'est pas en mesure d'arrêter son opinion sur la base des données médicales précitées, l'assuré s'engage à collaborer aux examens médicaux auxquels il serait convoqué à cette fin.

2. Comment le calcul se passe-t-il ?

Calcul de l'intervention pour les frais d'hospitalisation

Nous calculons notre intervention comme suit :

- De l'ensemble des frais d'hospitalisation assurés, nous déduisons d'abord les montants suivants :
 - a) Le montant de l'intervention de l'AMI ou de la sécurité sociale du pays de résidence.
Si, pour quelque raison que ce soit, l'assuré ne peut bénéficier des interventions légales, nous déduisons un montant fictif, égal au montant des remboursements auxquels un employé aurait droit en vertu du numéro de nomenclature de l'INAMI. Ceci inclut également les traitements pour lesquels l'AMI octroie une intervention selon la maladie pour laquelle le traitement a été prescrit.
 - (b) Le montant de tous les autres remboursements auxquels l'assuré a droit, en ce compris les remboursements de sa mutuelle dans le cadre de son assurance complémentaire.
- Puis nous regardons si parmi les frais de soins de santé restant à charge du patient figurant sur la facture d'hospitalisation, au moins une prestation médicale donne lieu à intervention de l'AMI :
 - Si oui : les frais médicaux couverts, tels que repris au point 1.1 du titre III. Les garanties restant à charge et repris sur la facture d'hospitalisation sont intégralement pris en compte pour la suite du calcul, et les frais médicaux non repris dans au point 1.1 du titre III. Les garanties sont pris en compte pour la suite du calcul à 50%.
 - Si non : seuls 50% des frais médicaux sans intervention légale réelle ou fictive restant à charge sont pris en compte pour la suite du calcul. Ceci s'applique notamment pour les frais médicaux et les suppléments à charge du patient relatifs à son séjour à l'hôpital.
- Du montant des frais d'hospitalisation ainsi obtenus, nous appliquons les limitations prévues par le présent contrat d'assurance ;
- Nous appliquons ensuite la franchise, telle que stipulée dans les Conditions Particulières ;
- Et enfin, nous appliquons les montants maximaux (plafonds) prévus dans les Conditions Générales et Particulières.

A noter que nous ne remboursons les frais d'hospitalisation repris sur la facture d'hospitalisation que dans la mesure où ils correspondent aux :

- prix affichés par l'hôpital pour la chambre dans laquelle l'assuré séjourne ;
- suppléments d'honoraires approuvés par le conseil médical de l'hôpital et appliqués à tous les patients hospitalisés.

Nous ne tenons pas compte des montants plus élevés que l'assuré conviendrait directement avec un médecin ou avec l'hôpital.

Calcul de l'intervention pour les frais des soins ambulatoires

Nous calculons l'intervention pour les frais ambulatoires comme suit :

- De l'ensemble des frais ambulatoires assurés, nous déduisons d'abord les montants suivants :
 - a) Le montant de l'intervention de l'AMI ou de la sécurité sociale du pays de résidence.
Si, pour quelque raison que ce soit, l'assuré ne peut bénéficier des interventions légales, nous déduisons un montant fictif, égal au montant des remboursements auxquels un employé aurait droit en vertu du numéro de nomenclature de l'INAMI. Ceci inclut également les traitements pour lesquels l'AMI octroie une intervention selon la maladie pour laquelle le traitement a été prescrit
 - b) Le montant de tous les autres remboursements auxquels l'assuré a droit, en ce compris les remboursements de sa mutuelle dans le cadre de son assurance complémentaire.
- Au montant des frais restant à charge du patient ainsi obtenu, nous appliquons les limitations prévues par le présent contrat d'assurance : les frais avec une intervention légale sont pris en compte à 100% et ceux sans intervention légale à concurrence de 50% pour la suite du calcul.

HOSPIT-ALL | CONDITIONS GÉNÉRALES

- Ensuite, nous appliquons la franchise telle que mentionnée dans les Conditions Particulières ;
- Et enfin, nous appliquons les montants maximums (plafonds) tels que mentionnés dans les Conditions Générales et Particulières.

3. Comment le paiement se passe-t-il ?

Paiement de la facture d'hospitalisation

Tout assuré en possession d'une **AssurCard** a la possibilité de bénéficier du système du tiers payant en cas d'hospitalisation dans un hôpital belge équipé de l'infrastructure AssurCard, pour autant que nous ayons préalablement accepté la demande d'intervention et que nous soyons d'accord avec les frais exposés. Cela signifie que nous recevons et payons la facture d'hospitalisation directement à l'hôpital.

Si le système du tiers payant n'est pas disponible, nous versons les prestations à l'assuré principal, ou à ses héritiers, ou à toute personne expressément désignée par cet assuré.

Pour autant que nous soyons en possession d'un dossier médical complet et que l'hospitalisation déclarée soit effectivement couverte sur base des dispositions du présent contrat d'assurance, la facture d'hospitalisation est payée dans les 10 jours ouvrables à compter de la réception de la facture.

Dès que la garantie d'assurance est due, ou dans le cas où nous l'aurions déjà payée, nous sommes subrogés dans les droits du preneur d'assurance et/ou de l'assuré contre tous les tiers responsables (subrogation). Le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne peuvent renoncer à tout ou partie de leur droit de recours contre un tiers sans notre accord écrit et préalable. Le preneur d'assurance et/ou l'assuré sont tenus de nous fournir toutes les informations nécessaires à l'exercice de ce droit de recours contre les tiers.

Paiement des frais ambulatoires

Les prestations sont versées à l'assuré principal, ou à ses héritiers, ou à toute personne expressément désignée par l'assuré.

Pour autant que les frais ambulatoires donnent effectivement lieu à une intervention de notre part, les factures sont payées dans les 10 jours ouvrables suivant la réception des demandes de remboursement et des pièces justificatives.

V. LES ASSURÉS

1. Qui peut être affilié ?

Affiliation obligatoire des membres du personnel

Tout membre du personnel relevant de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières doit être affilié dans les 3 mois de l'ouverture du droit à l'affiliation pour autant qu'il réponde aux conditions suivantes :

- être engagé sous contrat de travail auprès du preneur d'assurance et être effectivement au travail au moment de l'affiliation ;
- ne pas avoir atteint l'âge de 67 ans ;
- être assujéti à la Sécurité Sociale belge, et avoir sa résidence principale en Belgique ou dans un autre pays de l'Union européenne et être reconnu comme "travailleur frontalier". Un travailleur transfrontalier est toute personne qui travaille en tant que salarié dans un État membre et vit dans un autre État membre où elle retourne habituellement tous les jours ou au moins une fois par semaine.

Les administrateurs délégués et les gérants sous statut d'indépendant auxquels le preneur d'assurance accorde ou alloue régulièrement, et au moins une fois par mois, une rémunération sont assimilés aux membres du personnel engagés sous contrat de travail.

Le présent contrat d'assurance ne s'applique pas aux membres du personnel et leurs familles qui résident hors de la

Belgique pendant plus de trois mois sous le statut de détaché, d'expatrié ou de tout autre régime spécifique impliquant un séjour de longue durée à l'étranger.

Affiliation facultative des membres de la famille

L'assuré principal peut demander l'affiliation des membres de sa famille suivants :

- son conjoint, son cohabitant légal ou son cohabitant de fait, soumis à la Sécurité Sociale belge et dont la résidence principale se situe en Belgique, à la même adresse que le membre du personnel ;
- ses enfants et ceux de son partenaire, à charge, âgés de moins de 25 ans, qui bénéficient d'allocations familiales.

Dans le cas du conjoint, du cohabitant légal ou du cohabitant de fait d'un travailleur frontalier ou des enfants vivant dans un autre pays de l'Union européenne, nous demandons la preuve qu'ils vivent à la même adresse que l'assuré principal et bénéficient de la sécurité sociale de la Belgique ou du pays où ils vivent.

L'assuré principal qui demande l'affiliation des membres de sa famille doit le faire pour tous les membres de sa famille.

Formalités médicales

L'affiliation au présent contrat d'assurance est réalisée sans formalité médicale.

Procédure d'affiliation

Le preneur d'assurance affine les membres de son personnel dans les **3 mois** de la prise d'effet du présent contrat d'assurance ou de la date d'entrée en service.

L'assuré principal affine lui-même les membres de sa famille. L'affiliation doit être demandée dans un délai de **3 mois** à compter de la prise d'effet du présent contrat d'assurance, à partir de la date d'entrée en service du membre du personnel ou de la date à laquelle la composition familiale a changé (mariage, naissance, cohabitation, ...). Toute demande d'affiliation d'un membre de la famille en dehors de ce délai de **3 mois** est considérée comme étant une affiliation tardive et nous appliquerons alors un délai d'attente de 12 mois durant lequel aucune intervention ne sera octroyée. Ce délai d'attente de 12 mois s'applique également lorsque l'assuré principal, qui avait précédemment demandé la fin de l'affiliation des membres de sa famille, demande qu'ils soient maintenant réaffiliés, sauf s'il apporte la preuve qu'ils étaient assurés ailleurs pour une couverture similaire et sans interruption de la couverture.

Lors de son affiliation, chaque assuré (principal ou coassuré) reçoit, de la part, du Gestionnaire, un Welcome Pack dans lequel, se trouvent toutes les informations utiles et nécessaires, notamment les attestations d'affiliation et la procédure de déclaration d'un sinistre.

Date d'affiliation

Pour les membres du personnel, la date d'affiliation est égale à la date indiquée sur la demande d'affiliation envoyée par le preneur d'assurance, pour autant que les conditions du présent contrat d'assurance soient remplies à cette date. L'affiliation des membres du personnel commence au plus tôt à la date de leur entrée en service.

L'affiliation des membres de la famille commence à la date de la demande d'affiliation, à condition que la première prime ait été payée dans le délai imparti.

Une fois qu'un membre du personnel et les membres de sa famille sont affiliés, ils bénéficient des garanties du contrat d'assurance. Nous leur fournissons une attestation d'assurance indiquant leur date d'affiliation. Les éventuels délais d'attente à appliquer sont calculés à partir de cette date.

Tout nouveau-né est assuré à partir du jour de sa naissance. Nous n'appliquons pas de délai d'attente, pour autant que la demande d'affiliation soit en notre possession dans les trois mois suivant la naissance et que le membre du personnel et les membres de sa famille soient affiliés au moment de la naissance. Dans les autres cas, nous appliquons les conditions normales d'affiliation.

2. Quand l'affiliation prendra-t-elle fin ?

Pour les membres du personnel

Le membre du personnel perd sa qualité d'assuré (principal) lorsque qu'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- il n'est plus sous contrat de travail ou d'entreprise auprès du preneur d'assurance ;

- il ne fait plus partie de la catégorie de personnel mentionnée dans les Conditions Particulières ;
- il opte pour le régime de pension ou le régime de "chômage avec complément d'entreprise" (RCC) ;
- il atteint l'âge de 67 ans ;
- il met expressément fin à son affiliation. Il ne peut plus demander à être réaffilié par la suite, sauf s'il apporte la preuve qu'il était assuré ailleurs pour une couverture similaire et sans interruption de la couverture ;
- il ne nous rembourse pas les frais ou la franchise qui lui sont réclamés après avoir utilisé le service de tiers payant AssurCard.

Dans les cas susmentionnés, les prestations de l'entreprise d'assurance prennent immédiatement fin. Néanmoins, lorsqu'une hospitalisation est en cours au moment de la perte de la qualité d'assuré, les prestations pour les frais de cette hospitalisation sont maintenues pendant un maximum de 6 mois, à condition qu'il s'agisse d'une hospitalisation ininterrompue, à l'exclusion des frais post-hospitalisation.

La qualité d'assuré est maintenue pour le membre du personnel qui opte pour le système du crédit-temps ou d'interruption complète de carrière, à condition que les primes soient payées à l'Entreprise d'Assurances.

Pour les membres de la famille

Les membres de la famille perdent leur qualité de (co-)assurés lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- lorsque le membre du personnel assuré perd la qualité d'assuré ou en cas de décès du membre du personnel ;
- l'enfant perd sa qualité d'assuré lorsque
 - il a atteint l'âge de 25 ans
 - **ou** il ne reçoit plus d'allocations familiales
 - **ou** qu'il n'est plus à la charge totale ou partielle de l'assuré principal ou du coassuré (par exemple, le cas lors d'un divorce, d'une séparation, ...);
- le conjoint perd la qualité d'assuré en cas de divorce ou lorsqu'il n'est plus soumis à la Sécurité Sociale belge ou à la Sécurité sociale du pays de résidence ;
- le partenaire cohabitant légal ou de fait perd la qualité d'assuré lorsque la cohabitation légale ou de fait prend fin et qu'il n'est plus domicilié à l'adresse du membre du personnel ou qu'il n'est plus assujéti à la Sécurité Sociale belge ou à la Sécurité Sociale du pays de résidence ;
- lorsque le membre de la famille met expressément fin à son affiliation. Le membre de la famille ne peut ensuite demander à être affilié, sauf s'il prouve qu'il était assuré ailleurs, pour une couverture identique et sans interruption de couverture ;
- s'ils et le membre du personnel ne remboursent pas les frais et/ou la franchise spécifiés dans les Conditions Particulières qui leur sont réclamés après utilisation du service de tiers payant AssurCard.

Dans les cas susmentionnés, les prestations de l'entreprise d'assurance prennent immédiatement, fin. Néanmoins, lorsqu'une hospitalisation est en cours au moment de la perte de la qualité d'assuré. Les prestations pour les frais de cette hospitalisation sont maintenues pendant un maximum de 6 mois, à condition qu'il s'agisse d'une hospitalisation ininterrompue, à l'exclusion des frais post-hospitalisation.

3. Comment la continuation individuelle se passe-t-elle ?

Lorsque l'assuré principal a été affilié de manière continue à une assurance maladie liée à l'activité professionnelle pendant au moins deux ans, et qu'il perd le bénéfice de cette assurance (pour une raison non exclue par la loi), il a le droit d'en demander la poursuite à titre individuel, sans formalité médicale et sans délai d'attente. Les coassurés bénéficient du même droit.

Le contrat individuel sera établi sur base des conditions et tarifs en vigueur pour les contrats d'assurance individuels tels que nous les offrons au moment de la souscription du contrat. Les garanties octroyées seront similaires et limitées à celles du présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance, doit informer l'assuré principal, dans les 30 jours qui suivent la perte du bénéfice du contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle, du moment exact de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il l'informe du délai dans lequel lui et, le cas échéant, le(s) coassuré(s) peut(en)t exercer le droit à la continuation

individuelle et lui transmet nos coordonnées.

L'assuré principal et, le cas échéant, le(s) coassuré(s), disposent d'un délai de 30 jours pour nous informer de leur intention de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Le délai commence à courir le jour de la réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle dont il a perdu le bénéfice.

L'assuré principal et, le cas échéant, le(s) coassuré(s) ont le droit de prolonger ce délai de 30 jours, pour autant que nous en ayons été informés préalablement par écrit.

Le délai dont dispose l'assuré principal, et le cas échéant, les coassurés pour nous informer de leur intention de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, expire en tout cas après cent cinq jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance professionnelle pour toute autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de 105 jours à compter du moment où il perd ledit bénéfice pour nous notifier son intention d'exercer le droit à la continuation individuelle.

Dans tous les autres cas, la continuation à titre individuel se fera avec des formalités médicales.

4. Paiement d'une prime complémentaire

L'assuré a la possibilité de payer individuellement une prime complémentaire pendant la durée de son affiliation au présent contrat d'assurance. Ce paiement aura pour effet qu'en cas de continuation individuelle, la prime que l'assuré devra payer à titre individuel sera calculée en tenant compte de ces versements complémentaires déjà effectués.

Le preneur d'assurance doit, immédiatement, informer l'assuré principal de la possibilité pour lui de payer individuellement une prime complémentaire.

Nous ne disposons pas de produit de préfinancement.

VI. LA PRIME

1. Qui paie la prime ?

Sauf indication contraire dans les Conditions Particulières, les primes sont prises en charge :

- par le preneur d'assurance en ce qui concerne les primes relatives aux membres du personnel. Il nous paie ces primes globalement et intégralement.
- par le membre du personnel en ce qui concerne les primes relatives aux membres de sa famille. Ces primes sont collectées par le preneur d'assurance qui nous les paie globalement et intégralement.

2. Quel est le montant de la prime ?

Montant de la prime

Le montant de la prime est mentionné dans les Conditions Particulières. Il s'agit du coût mensuel par personne assurée et par garantie (hors taxes sur les primes et cotisation AMI éventuelle).

La prime est majorée des taxes sur les primes et des cotisations applicables à l'assurance maladie complémentaire.

Indexation de la prime

La prime mentionnée dans les Conditions Particulières varie annuellement à la date d'échéance principale en fonction de :

- l'indice des prix à la consommation du mois de juin précédant la date d'échéance principale du présent contrat d'assurance et publié au Moniteur belge ; **ou**
- le dernier indice médical spécifique connu relatif aux garanties choisies et sans référence à la catégorie d'âge, lorsque l'évolution de cet indice médical spécifique est supérieure à l'évolution de l'indice des prix à la consommation à la même date.

Nous informons le preneur d'assurance de la modification de la prime chaque année. Le preneur d'assurance ne peut pas invoquer l'indexation de la prime pour résilier ce contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

En cas de modification de la législation relative à l'indexation des assurances maladie, nous pouvons appliquer ces modifications à partir de la prochaine indexation qui suit cette modification. Le preneur d'assurance sera informé de ces modifications.

Modification de la prime

Si la prime mentionnée dans le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle n'est plus suffisante pour couvrir les garanties accordées, nous pouvons, à l'échéance principale du contrat d'assurance, réviser les conditions d'assurance et/ou la prime. Nous notifierons au preneur d'assurance la modification apportée par lettre ou email recommandé(e) au moins trois mois avant la date d'échéance principale du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance pourra alors résilier le contrat d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de notre notification.

3. Comment la prime est-elle payée ?

Les primes sont payables mensuellement à terme échu.

Les primes sont payables à partir de la date de prise d'effet du contrat d'assurance (pour les membres du personnel existants) ou de la date d'entrée en service (dans le cas d'un nouveau recrutement).

Elles sont dues, pour chaque affilié, dès le premier jour du mois de l'affiliation, selon les modalités suivantes :

- Pour les personnes affiliées durant la première moitié du mois (1-15), la prime mensuelle du premier mois est réclamée. Pour celles affiliées durant la seconde moitié du mois (16-31), la prime mensuelle n'est pas réclamée pour ce premier mois.
- Pour ceux qui quittent cette assurance au cours des deux premières semaines du mois (1-15), la prime mensuelle pour ce mois ne sera pas réclamée. Pour ceux qui quittent cette assurance au cours des deux dernières semaines (16-31), la prime pour ce dernier mois d'affiliation sera réclamée.

Les primes sont majorées de tous les suppléments tels que les taxes et cotisations présentes ou futures, sauf mention contraire dans les Conditions Particulières.

4. Que se passe-t-il si la prime n'est pas payée ?

En cas de non-paiement de tout ou partie de la prime mensuelle, nous envoyons une mise en demeure par lettre ou email recommandé(e). Cette mise en demeure prévoit un délai de 16 jours à compter de la date de ce recommandé pour payer les sommes dues.

Si les primes ne sont pas en notre possession endéans ce délai, la garantie est suspendue à partir du seizième jour suivant la date de la mise en demeure. La garantie reprend effet le lendemain du jour où toutes les primes impayées nous sont intégralement versées.

Pendant la période de suspension et au plus tôt le seizième jour suivant le début de cette suspension, nous pouvons résilier le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle par lettre ou email recommandé(e). Seize jours après l'envoi de ce recommandé, la résiliation prend effet, à moins que les primes nous aient été payées entre-temps.

VII. AUTRES DISPOSITIONS

1. Obligations du preneur d'assurance et/ou des personnes assurées

Le preneur d'assurance et l'assuré principal et/ou les coassurés sont tenus de nous :

- faire toutes déclarations et communications, de préférence par voie digitale ou sur papier, afin de permettre la bonne exécution du présent contrat ;
- avertir, au plus tard dans un délai de 30 jours, de tout changement de statut de l'assuré (affiliation, perte de la qualité d'assuré...);
- communiquer tous les renseignements nous permettant d'établir le droit aux prestations sur base du présent contrat;
- informer de tout changement de domicile/siège social ou d'adresse email dans les 30 jours. Les notifications que nous devons faire au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à la dernière adresse postale et/ou électronique qui nous a été communiquée.

Le preneur d'assurance est tenu d'informer

- immédiatement l'assuré principal de la possibilité pour lui de payer individuellement une prime complémentaire pour préfinancer une éventuelle continuation individuelle;
- l'assuré principal, au plus tard 30 jours après la perte du bénéfice de cette assurance, du moment exact de cette perte et de la possibilité de continuer le contrat à titre individuel.

L'assuré doit toujours se comporter de manière à limiter le risque pour nous et les sinistres qui en résultent. Dans le cas contraire, nous pouvons refuser ou limiter notre intervention.

Toute notification qui nous est adressée doit être faite à l'adresse postale et/ou électronique indiquée dans nos documents. Toute notification est censée être faite à la date d'envoi de l'e-mail ou à la date de son dépôt à la poste.

2. Durée du contrat d'assurance

Le présent contrat d'assurance prend effet à la date mentionnée dans les Conditions Particulières, après signature du contrat d'assurance et paiement de la première prime. En cas de non-paiement de la première prime dans les 45 jours de l'envoi du bordereau reprenant l'ensemble des affiliés au contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, celui-ci ne sortira pas ses effets.

Le contrat d'assurance est conclu jusqu'à la première date d'échéance principale mentionnée dans les Conditions Particulières de l'année qui suit celle de sa prise d'effet. Sauf résiliation par lettre ou email recommandé(e) au moins trois mois avant la date d'échéance, le contrat d'assurance est renouvelé tacitement chaque année pour une durée d'un an. Le contrat d'assurance prend fin de plein droit au moment où le preneur d'assurance est déclaré en faillite ou fait l'objet d'une procédure de réorganisation judiciaire.

En cas de fin du contrat d'assurance, les assurés perdent immédiatement leur qualité d'assuré et toutes les prestations de l'entreprise d'assurances prennent fin immédiatement.

3. Modifications sur base de changements réglementaires

En cas de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires ayant un impact significatif sur le coût ou l'étendue des prestations garanties, nous nous réservons le droit de modifier les conditions d'assurance et les franchises, après en avoir avisé le preneur d'assurance. Il s'agit, par exemple, de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires en matière de sécurité sociale, d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail ou les maladies professionnelles ou de la loi sur les hôpitaux. Dans tous les cas, le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance dans les deux mois suivant la notification de la modification.

4. Litiges et plaintes

Traitement des plaintes

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte relative à l'exécution du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux : Boulevard du Roi Albert II, 32 - 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, plaintes@allianz.be, www.allianz.be.

Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez contacter l'Ombudsman des assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman-insurance.be, www.ombudsman-insurance.be.

En tant qu'assureur, Allianz Benelux est tenu de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation.

Le Service de l'Ombudsman est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation en matière d'assurance.

Expertise médicale amiable

En cas de contestation d'ordre médical, une Expertise Médicale Amiable peut être demandée. Chaque partie désigne alors un médecin qui agit en tant qu'expert. En cas de désaccord entre ces deux experts, ceux-ci recourent à l'intervention du troisième expert désigné lors de la mise en œuvre des travaux d'expertise. La décision du tiers expert est considérée comme définitive et irrévocable, pour autant qu'elle soit valablement justifiée et qu'elle respecte les dispositions du contrat d'assurance.

Si l'une des parties ne désigne pas son expert dans un délai de 16 jours après y avoir été invitée à le faire par lettre ou email recommandé(e), ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur la désignation du troisième expert, la nomination est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de l'arrondissement judiciaire du domicile ou du siège social de cette partie.

Chacune des parties supporte seule les frais et honoraires de l'expert qu'elle désigne, y compris les examens ou procédures médicales complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Chacune des parties est responsable de la moitié des frais et honoraires du tiers expert, en ce compris les frais relatifs aux examens et procédures médicales supplémentaires qu'il pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Droit applicable - tribunal compétent

Le droit belge s'applique au présent contrat d'assurance. Les contestations entre les parties relatives à l'exécution du présent contrat d'assurance relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges. Si le preneur d'assurance n'est pas établi en Belgique, seul le Tribunal de Première Instance de Bruxelles est compétent.

5. Conflits d'intérêts

Allianz entend prévenir les conflits d'intérêts qui pourraient perturber le processus de souscription, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance.

Un conflit d'intérêts est toute situation qui entre ou pourrait entrer en conflit avec les intérêts du futur preneur d'assurance, parce que des intérêts divergents des siens (par exemple : ceux de l'assureur ou de l'intermédiaire) pourraient l'inciter à conclure un accord ou à bénéficier d'un service à l'encontre de ses intérêts.

La politique de prévention d'Allianz vise à détecter, analyser et éviter les conflits d'intérêts. Vous pouvez signaler tout conflit d'intérêts par courrier électronique : complaintscustomer@allianz.be

6. Protection des données personnelles

Le présent contrat d'assurance est souscrit au profit des membres de votre personnel et, le cas échéant, de leurs familles. Dans ce cadre, nous, votre assureur, collectons et traitons leurs données personnelles telles que vous nous les transmettez.

Sauf en ce qui concerne le traitement des données personnelles relatives à la santé pour lequel l'accord formel, expresse et personnel de l'assuré doit et sera explicitement demandé, l'accord préalable des membres de votre personnel et, le cas échéant, de leurs familles, n'est pas requis.

Nous, votre assureur, agissons en qualité de Responsable du traitement des données au sens du GDPR. Si la gestion de votre contrat a été confiée à un gestionnaire externe, ce dernier agit en qualité de sous-traitant au sens du GDPR et ne traite les données à caractère personnel que sur base de nos instructions et en notre nom.

Ci-dessous, nous vous expliquons comment et pourquoi nous utilisons les données personnelles de vos travailleurs, et le cas échéant de leurs familles, assurés par le présent contrat d'assurance, ainsi que les droits et obligations dont disposent ces personnes.

Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit et à transmettre ces informations à vos travailleurs, qui les transmettront à leur tour aux membres de leur famille. En effet, il est de votre responsabilité, en tant que preneur d'assurance, que les informations relatives au traitement des données personnelles, telles que reprises ci-dessous, soient effectivement transmises aux membres de votre personnel, afin notamment qu'ils puissent exercer leurs droits.

Pourquoi utilisons-nous les données personnelles de vos travailleurs et de leurs familles ?

Nous collectons et traitons leurs données personnelles exclusivement pour les objectifs suivants :

- l'évaluation des risques assurés par le contrat,
- la gestion de la relation commerciale,
- la gestion du contrat d'assurance et/ou des éventuels sinistres,
- la surveillance de l'équilibre du portefeuille d'assurances de notre entreprise,
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance,
- le recouvrement des frais de sinistres auprès des tiers responsables,
- la transmission obligatoire d'informations relatives à la situation d'assurances aux autorités fiscales, de sécurité sociale ou de contrôle.

Sur quelles bases légales sommes-nous autorisés à traiter les données personnelles ?

Pour chaque objectif énuméré ci-dessus, la collecte et le traitement des données sont réalisés conformément à la législation sur la protection des données personnelles et aux autres législations nationales comme, par exemple, la loi relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurances ou de réassurance du 13 mars 2016 ou la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, et reposent sur les fondements légaux suivants :

- Le traitement des données nécessaires à l'évaluation des risques assurés par le contrat, à la gestion de la relation commerciale ainsi qu'à la gestion du contrat d'assurance et/ou des éventuels sinistres est justifié par l'exécution même du contrat d'assurance.
- Le traitement des données médicales, bien qu'également nécessaire à l'exécution du contrat, est quant à lui fondé sur le consentement de la personne concernée.
- Le traitement des données nécessaires à la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise, à la prévention des abus et des fraudes à l'assurance et au recouvrement des frais de sinistres auprès des tiers responsables est justifié par notre intérêt légitime de responsable du traitement des données.
- La transmission des données dans le cadre de la transmission obligatoire d'information relative à la situation d'assurance aux autorités fiscales, de sécurité sociale ou de contrôle est justifiée par les dispositions légales et fiscales en vigueur.

Aucune disposition légale n'oblige vos travailleurs ou leurs familles à nous fournir ou à nous laisser traiter leurs données personnelles mais, à défaut pour nous d'en disposer, nous serons dans l'impossibilité de gérer leur affiliation et le cas échéant leurs sinistres.

A qui sont transmises les données personnelles ?

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit notamment des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de compliance (contrôle de conformité), du service d'audit interne, des services d'actuariat, des services de contrôle financier et budgétaire ainsi qu'avec les médecins-conseils.

Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire, nous partageons aussi ces données

personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs externes, des experts, l'ombudsman des assurances, des conseillers juridiques et des sous-traitants (en ce compris le gestionnaire du contrat d'assurance) et avec les administrations belges ou étrangères (pensions, autorités fiscales belges ou étrangères dans le cadre de nos obligations de reporting FATCA et CRS, sécurité sociale, autorités de contrôle).

Pour des raisons de sécurité, de sauvegarde des données ou de gestion de nos applications informatiques, il arrive que nous devions transférer ces données personnelles vers une autre société spécialisée du Groupe Allianz située au sein ou en dehors de l'Union européenne. Pour ces transferts, le Groupe Allianz a établi des règles très contraignantes qui ont été approuvées par les autorités de protection des données personnelles et qu'Allianz Benelux respecte. Ces règles constituent l'engagement pris par le Groupe Allianz et par Allianz Benelux de protéger de façon adéquate le traitement des données personnelles, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

De quels droits disposent les membres de votre personnel et leurs familles à l'égard de leurs données personnelles ?

- le droit d'y avoir accès,
- le droit de les faire rectifier si elles sont inexactes ou incomplètes,
- le droit de les faire effacer dans certaines circonstances comme, par exemple, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires à l'objectif poursuivi lors de leur collecte et traitement,
- le droit d'obtenir la limitation de traitement dans certaines circonstances comme par exemple la limitation de l'usage d'une donnée dont ils contestent l'exactitude, pendant la période où nous devons la vérifier,
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente,
- le droit de s'opposer au traitement,
- le droit à la portabilité de leurs données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir leurs données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement,
- le droit de retirer leur consentement au traitement de leurs données à tout moment.

Conservation des données personnelles.

Nous conserverons les données personnelles de vos travailleurs et, le cas échéant, des membres de leurs familles aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des objectifs cités ci-dessus ou aussi longtemps qu'une loi le requiert. La durée de conservation des données contractuelles et de gestion de sinistre se termine à la fin du délai de prescription légal qui suit la clôture du dernier sinistre couvert par le contrat d'assurance.

De plus amples informations relatives à notre politique de protection des données sont disponibles sur notre site web :

<https://allianz.be/personnelles>.

Questions, exercices des droits et plaintes.

- Questions et exercices des droits
Vos travailleurs et, le cas échéant, les membres de leurs familles peuvent adresser leurs questions concernant le traitement de leurs données personnelles à Allianz Benelux :
 - soit par email à l'adresse : privacy@allianz.be
 - soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux SA, Service juridique et compliance/Protection des données, Boulevard du Roi Albert II, 32 à 1000 Bruxelles, BelgiqueIl est important qu'ils joignent à leur demande une preuve de leur identité de demandeur, voire une copie barrée recto/verso de leur carte d'identité.
- Plaintes relatives aux traitements des données personnelles
Toute plainte concernant le traitement de leurs données personnelles peut être adressée aux adresses postale et de courriel mentionnées ci-dessus ou à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be.