

**LIBRE CHOIX DE
CHAMBRE**

**ASSURANCE
INDIVIDUELLE
HOSPITALISATION**

Conditions générales

Table des matières

Définitions	
Chapitre I - Parties intéressées au contrat	
Article 1 - Preneur d'assurance	7
Article 2 - Entreprise d'assurances	7
Article 3 - Assuré	7
Article 4 - Bénéficiaire	7
Article 5 - Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré	7
Article 6 - Formalités médicales	7
Chapitre II - Les garanties	
Article 7 - Objet du contrat	8
Article 8 - Risques non couverts	12
Article 9 - Exclusions et limitations des garanties	12
Article 10 - Accord préalable de l'entreprise d'assurances	13
Article 11 - Délais d'attente	14
Chapitre III - Les primes	
Article 12 - Paiement des primes	14
Article 13 - Résiliation du contrat en cas de non-paiement des primes	14
Article 14 - Indexation des primes, franchises et autres montants	14
Chapitre IV - Déclaration de sinistre et remboursement des frais par l'entreprise d'assurances dans la formule : A/Global	
Article 15 - Déclaration	15
Article 16 - Calcul du remboursement des frais par l'entreprise d'assurances et l'Assisteur	16
Chapitre V - Déclaration de sinistre et remboursement des frais par l'entreprise d'assurances dans la formule : B/ multiple de l'intervention légale (A.M.I.)	
Article 17 - Déclaration	18
Article 18 - Calcul du remboursement des frais par l'entreprise d'assurances et l'Assisteur	18
Chapitre VI – Paiement des prestations et expertise médicale	
Article 19 - Paiement des prestations par l'entreprise d'assurances	20
Article 20 - Expertise médicale	20
Chapitre VII - Dispositions diverses	
Article 21 - Prise d'effet du contrat	21
Article 22 - Durée du contrat	21
Article 23 - Modification du contrat	21
Article 24 - Fin des prestations de l'entreprise d'assurances	21
Article 25 - Etendue territoriale	22
Article 26 - Notifications	22
Article 27 - Subrogation de l'entreprise d'assurances	22

Article 28 - Loi applicable - Juridiction	22
Article 29 - Sanctions économiques	23
Article 30 - Protection des données personnelles	23
Article 31 - Traitement des plaintes	25
Avertissement	25

Définitions

1. **Accident**
Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.
2. **Appareil orthopédique**
Appareil destiné à corriger les difformités du corps.
3. **L'Assisteur**
Allianz Partners
AWP P&C S.A. - Belgian Branch
Boulevard du Roi Albert II, 32
1000 Bruxelles
Entreprise d'assurances, agréée sous le numéro de code 2769 pour pratiquer la branche "Assistance"
(branche 18 - A.R. du 18/01/1982 M.B. du 23/01/1982) - R.C.B. 438.736 - B.C.E Numéro d'entreprise
0837.437.919
4. **AssurCard**
Carte électronique qui permet le système du tiers payant.
5. **Assuré**
La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui n'est pas déchu de cette qualité en vertu des articles 13 et 15 des présentes conditions générales.
6. **Bénéficiaire**
La personne en faveur de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.
7. **Date d'affiliation**
Date à laquelle la qualité d'assuré devient effective, c'est-à-dire soit la date de prise d'effet du contrat, soit la date précisée aux conditions particulières lorsque celle-ci ne coïncide pas avec celle de prise d'effet du contrat.
8. **Délai d'attente**
Période durant laquelle aucune prestation n'est due par l'entreprise d'assurances et qui débute à la date d'affiliation.
9. **Entreprise d'assurances**
Allianz Benelux S.A.
Boulevard du Roi Albert II, 32
1000 Bruxelles
Entreprise d'assurances, agréée sous le numéro de code 0097 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
10. **Etablissement hospitalier**
L'établissement légalement reconnu, agréé et identifié comme un hôpital et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception des:
 - établissements psychiatriques fermés;
 - homes de séjour provisoire pour les patients psychiatriques et habitations protégées;
 - 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.

11. Frais de soins de santé

Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale, qu'ils soient prescrits ou exécutés par un médecin et qu'ils soient exposés durant une hospitalisation:

- frais de séjour dans un établissement hospitalier;
- frais relatifs à un acte médical ou paramédical;
- achats de médicaments prescrits pour l'assuré par un médecin;
- frais de prothèse ou d'appareil orthopédique;
- le matériel médical.

12. Frais de soins de santé ambulatoires

Les frais visés aux quatre derniers points de la onzième définition ci-dessus, pour autant qu'ils soient exposés en dehors d'une hospitalisation.

13. Frais médicalement nécessaires

Tous les actes médicaux et paramédicaux qui sont adaptés et en relation directe avec le diagnostic posé par le médecin; sont donc exclues toutes prescriptions effectuées à titre de confort et de convenance personnels.

14. Franchise

Partie des frais remboursables restant à charge de l'assuré, et précisée aux conditions particulières.

La franchise est établie par année d'assurance et par assuré.

L'année d'assurance est calculée à partir de l'échéance principale du contrat figurant aux conditions particulières.

15. Hospitalisation

Le séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier, pour autant que l'état de santé du patient l'exige, et dans le but de lui administrer un traitement curatif dans les plus brefs délais.

16. Infirmité

Etat congénital ou accidentel d'un individu ne jouissant pas ou imparfaitement d'une de ses fonctions physiques ou mentales.

17. Intervention légale

a) Par législations belges applicables aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident, on entend:

- la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (A.M.I.);
- la législation relative aux accidents du travail et sur le chemin du travail;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

b) Par intervention légale, on entend:

- pour les frais exposés en Belgique: tout remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés;
- pour les frais exposés dans un pays étranger: tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés.

18. Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs et qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

19. Matériel médical

Par matériel médical, on entend :

- a) 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..., à l'exclusion des montures et verres de lunette, des lentilles de contact et du matériel dentaire ;
- b) le matériel médical lourd 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...

20. Médicament

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin, et enregistré comme tel par le ministre ayant la compétence en la matière.

21. Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui conclut le contrat avec l'entreprise d'assurances.

22. Prothèse

Appareil qui totalement ou partiellement remplace un membre ou un organe et qui est fixé à la personne de l'assuré.

23. Santé

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

24. Sinistre

Chaque événement donnant lieu à la garantie du présent contrat.

Chapitre I - Parties intéressées au contrat

Article 1 - Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui conclut le contrat avec l'entreprise d'assurances et dont l'identité est précisée dans les conditions particulières.

Article 2 - Entreprise d'assurances

Allianz Benelux S.A.
Boulevard du Roi Albert II, 32
1000 Bruxelles

Article 3 - Assuré

La personne visée à la définition 5 et dont l'identité est précisée dans les conditions particulières.

Article 4 - Bénéficiaire

La personne visée à la définition 6 et dont l'identité est précisée dans les conditions particulières.

Article 5 - Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré

Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus:

- de faire toutes déclarations et communications, par écrit ou par e-mail, au siège de l'entreprise d'assurances afin de permettre la bonne exécution du présent contrat;
- de communiquer à l'entreprise d'assurances, tous les renseignements lui permettant d'établir le droit aux prestations déterminées par le présent contrat ;
- le preneur d'assurance informe l'entreprise d'assurances du moment où un membre de la famille quitte le contrat d'assurance. L'entreprises d'assurances fait offre dans les trente jours et l'assuré a 60 jours pour accepter l'offre.

Le preneur d'assurance et la/les personne(s) assurée(s) doivent être domiciliés à la même adresse.

Article 6 - Formalités médicales

- L'entreprise d'assurances peut soumettre l'acceptation de nouveaux assurés ou l'augmentation des garanties aux résultats de formalités médicales.
- L'entreprise d'assurances peut soumettre la poursuite à titre individuel d'un contrat d'assurance collectif hospitalisation aux résultats de formalités médicales lorsque les délais prévus par la loi ne sont pas respectés.

Chapitre II - Les garanties

Article 7 - Objet du contrat

Module 1: Hospitalisation

- a) Le contrat garantit le remboursement des frais de soins de santé exposés au sein de l'établissement hospitalier, pendant une hospitalisation d'au moins une nuit à l'occasion d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.

La garantie s'applique uniquement si les frais sont médicalement nécessaires, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation, prescrits et prestés par des dispensateurs de soins reconnus.

Les frais concernés sont:

- les frais de séjour relatifs à la journée d'hospitalisation en chambre commune, à deux lits ou un lit, à l'exclusion de tous les frais de confort et de luxe;
- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
- les médicaments et le matériel médical;
- les frais de biologie clinique, de radiologie, d'imagerie médicale;
- le test dit 'de la mort subite', pour le nourrisson;
- les frais de transport par ambulance routière ou par hélicoptère exposés en Belgique, en rapport avec l'hospitalisation, justifiés par l'état de santé de l'assuré et pour autant qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
- les frais d'hébergement d'un parent, dans la chambre de l'enfant âgé de moins de quatorze ans pour autant que les frais soient mentionnés sur la facture d'hospitalisation;
- les frais mortuaires pour autant qu'ils soient mentionnés sur la facture d'hospitalisation;
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé, avec un maximum de € 2.500;
- les soins palliatifs prodigués dans un service reconnu à ce titre, au sein de l'hôpital.

L'entreprise d'assurances rembourse les frais exposés restant à charge du patient pendant une hospitalisation. Elle le fera sur base des prix de chambre affichés par l'hôpital, où séjourne le patient ainsi que des suppléments d'honoraires approuvés par le conseil médical et pratiqués pour l'ensemble des patients hospitalisés.

Tout engagement particulier concernant les honoraires médicaux ou les traitements médicaux (en ce compris le matériel médical, les médicaments, les technologies non ou partiellement remboursées par l'A.M.I.) pris par l'assuré directement avec un médecin traitant ou avec l'hôpital ne sera pas opposable à l'entreprise d'assurances.

- b) Hospitalisation de jour (one day clinic)

L'entreprise d'assurances assimile l'hospitalisation de jour à une hospitalisation comportant au moins une nuit définie en a) pour autant:

- qu'il s'agisse d'une institution reconnue comme one day clinic;
- qu'il soit effectivement fait usage de la salle d'opération ou de plâtre et d'un lit d'hôpital; sont donc exclus le simple séjour dans les salles d'attente ou d'examen de l'hôpital et tout espace quelconque pour les services de consultation de l'hôpital;
- qu'un forfait d'hôpital de jour prévu par l'A.M.I. (forfait 1 à 7) soit porté en compte sur la facture d'hospitalisation.

- c) L'assurance garantit le remboursement des frais médicaux concernant l'accouchement à domicile.

Module 2: Frais de soins de santé pré- et post hospitalisation

Le contrat garantit le remboursement des frais de soins de santé ambulatoires exposés dans le mois qui précède l'hospitalisation (ou l'accouchement à domicile) et dans les trois mois qui la suivent. La garantie s'applique uniquement si les frais sont médicalement nécessaires, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation, prescrits et prestés par les dispensateurs de soins reconnus:

- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien;
- les médicaments;
- les traitements homéopathiques, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie;
- l'achat du petit matériel médical et la location du matériel médical lourd.

Module 3: Frais de soins de santé en cas de maladie grave

Le contrat garantit le remboursement des frais de soins de santé ambulatoires liés à une maladie grave diagnostiquée par un médecin spécialiste légalement reconnu à pratiquer son art. Les frais doivent être en relation directe avec une des maladies graves énumérées ci-dessous, prescrits et prestés par les dispensateurs de soins reconnus. Les frais concernés sont:

- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique décrits et codifiés dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité à l'exclusion des frais de réparation, de remplacement et d'entretien;
- les médicaments;
- les traitements homéopathiques, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie;
- l'achat du petit matériel médical et la location du matériel médical lourd.

Maladies graves concernées :

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
scarlatine	épilepsie	brucellose
typhus	choléra	sclérose latérale amyotrophique
affection rénale nécessitant un traitement par dialyse		maladie de Pompe

Module 4: Assistance

Tout assuré bénéficiant de la garantie hospitalisation, bénéficie également de la garantie d'assistance. Allianz Partners, AWP P&C S.A. Belgian Branch, ci-après dénommée l'Assisteur, reçoit les appels, organise l'assistance et assure le rapatriement des assurés vers la Belgique.

En cas de séjour privé ou professionnel (c'est-à-dire à l'occasion d'activités administratives, culturelles ou commerciales à l'exclusion de toute activité technique et sportive notoirement dangereuse) à l'étranger, la garantie assistance est acquise pour tout assuré victime d'une maladie ou d'un accident:

a) 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 :
 1. le transport vers le médecin où l'établissement hospitalier le plus proche pour recevoir les premiers soins, à concurrence de maximum € 1.000 ;
 2. le transport local par ambulance si celui-ci est prescrit par un médecin.

- les obligations d'assistance de l'Assisteur consistent:
 1. à organiser tous contacts nécessaires entre son service médical et le médecin traitant de l'assuré et, au besoin, le médecin habituel de l'assuré.
 2. à prendre plusieurs décisions 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.
 3. à organiser le transport décidé jusque dans le service hospitalier le plus susceptible d'apporter les soins adéquats; en cas de rapatriement, le transport est organisé jusque dans un service hospitalier reconnu proche de la résidence en Belgique de l'assuré, ou, si son état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à sa résidence en Belgique.
La survenance d'affections bénignes ou de blessures légères susceptibles d'être soignées sur place ne donne lieu qu'à la prise en charge des frais médicaux dans les limites contractuelles et à l'organisation du transport jusqu'au lieu où peuvent être prodigués les soins appropriés.

b) avance de frais médicaux:

si l'assuré doit exposer immédiatement des frais médicaux, l'Assisteur peut lui en faire l'avance jusqu'à concurrence d'un maximum de € 1.240.

c) présence au chevet de l'assuré hospitalisé:

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.

- d) rapatriement des autres membres de la famille assurés qui accompagnent l'assuré hospitalisé:
- 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 des 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 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 résidence en Belgique.
- e) rapatriement en cas de décès:
lorsque au cours d'un déplacement, un assuré décède à l'étranger, l'Assisteur organise depuis l'hôpital ou la morgue le transport ou le rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'à la résidence en Belgique du défunt ou jusqu'au lieu d'inhumation proche de ladite résidence. Le remboursement des frais (sauf les frais de cérémonie et d'inhumation) s'effectue jusqu'à concurrence d'un maximum de € 1.490.

Initiative des prestations, décision et responsabilité :

Toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au n° +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.

Article 8 - Risques non couverts

Les garanties ne sont jamais acquises pour un sinistre:

- survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit;
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide;
- causé intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire ou résultant de tous actes notoirement téméraires, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie ;
- survenu à l'assuré alors qu'il se trouve en état d'ivresse ou sous l'influence de l'alcool, de stupéfiants, de produits hallucinogènes ou d'autres drogues ou ceux causés par l'abus de médicaments, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le sinistre;
- résultant de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes;
- qui résulte de toute activité sportive rémunérée en ce compris l'entraînement.

Article 9 - Exclusions et limitations des garanties

1. Dispositions relatives à la garantie hospitalisation

1.1 Le remboursement des frais est exclu:

- pour une hospitalisation dont la cause fait l'objet d'une exclusion sur base des formalités médicales;
- pour une hospitalisation en cours à la date d'affiliation de l'assuré;
- pour une hospitalisation qui prend cours pendant le délai d'attente;
- pour une hospitalisation relative à une infirmité et/ou une maladie existante au moment de l'affiliation de l'assuré et qui s'était déjà manifestée par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués. Toutefois, la garantie est acquise, si au cours d'un délai de deux ans qui suit la date d'affiliation, l'assuré n'a pas fait l'objet d'une hospitalisation ou d'un traitement en rapport avec la cause préexistante;
- pour toute forme de stérilisation les suites et conséquences ;
- pour une hospitalisation pour laquelle l'assuré s'est rendu intentionnellement à l'étranger afin d'y recevoir des soins;
- pour les traitements et les soins esthétiques.
Toutefois pour les traitements de chirurgie plastique-esthétique qui ont un caractère fonctionnel et qui ont été acceptés par l'A.M.I., l'entreprise d'assurances remboursera les frais d'hospitalisation à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel pour lequel il n'y a pas de remboursement prévu par l'A.M.I.;
- pour les soins, le matériel et les prothèses dentaires, l'orthopédie maxillo-dentaire faciale en ce compris les traitements orthodontiques, sauf
 - a) les soins, traitements dentaires, placement de prothèses ou de matériel dentaires suite à un accident couvert;
 - b) les soins et traitements dentaires prodigués par un stomatologue durant une hospitalisation et qui sont la conséquence d'une maladie ou d'une affection autre que stomatologique et/ou dentaire ; sous réserve de l'accord préalable prévu à l'article 10.

1.2 Le remboursement des frais n'est pas exclu mais limité dans le temps dans les cas suivants :

- pour l'hospitalisation dans un service de gériatrie ou de revalidation ou de rééducation fonctionnelle à partir de la trente et unième nuit d'hospitalisation. En ce qui concerne les nuits supplémentaires, l'entreprise d'assurances limite son intervention au montant réclamé pour les frais de séjour en chambre à deux lits et à l'exclusion des suppléments d'honoraires. Lorsque deux séjours dans un service de gériatrie ou de revalidation ou rééducation fonctionnelle ne sont pas séparés par au moins trente jours, ils font partie de la même hospitalisation;
- pour les traitements des maladies neurologiques ou psychiques qui peuvent être médicalement objectivées par référence à la classification du Barème Officiel Belge des Invalidités. Les frais relatifs au traitement de ces affections nerveuses ou mentales couvertes ne sont remboursés que pour une durée d'hospitalisation de maximum deux ans consécutifs ou non, cumulés à partir du début de la première hospitalisation ;
- une hospitalisation dans le cadre du traitement contre la stérilité « fécondation in vitro » est remboursée pour autant que les conditions requises par l'A.M.I. pour l'obtention d'un remboursement de la sécurité sociale soient remplies. Dans le cas où les conditions ne sont pas remplies, l'entreprise d'assurances ne rembourse aucun frais.

2. Dispositions relatives à la garantie des frais de soins de santé en cas de maladie grave

Le remboursement des frais est exclu si la maladie existait au moment de l'affiliation de l'assuré et s'était déjà manifestée par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués.

Toutefois, la garantie est acquise, si au cours d'un délai de deux ans qui suit la date d'affiliation l'assuré n'a subi aucun traitement médical en rapport avec la cause préexistante.

3. Dispositions relatives à la garantie d'assistances

Les garanties d'assistances aux personnes sont exclues dans les cas suivants:

- convalescence et affection en cours de traitement;
- rechute d'une maladie constatée avant le déplacement et comportant un risque réel d'aggravation;
- les frais engagés après le moment fixé par l'Assisteur pour le rapatriement de l'assuré au cas où celui-ci ou ses proches refusent que le rapatriement ait lieu audit moment;
- quand l'assuré s'est rendu intentionnellement en dehors de la Belgique afin d'y recevoir des soins.

Article 10 - Accord préalable de l'entreprise d'assurances

L'intervention de l'entreprise d'assurances est subordonnée à l'accord préalable du médecin conseil pour les cas suivants:

- les soins, traitements dentaires, placement de prothèses ou de matériel dentaires suite à un accident couvert;
- les soins et traitements dentaires prodigués par un stomatologue durant une hospitalisation;
- la chirurgie plastique et réparatrice;
- les prothèses et matériel orthopédiques ;
- les traitements de l'obésité, les suites et conséquences.

Le médecin conseil de la compagnie apprécie sur base des rapports circonstanciés (description du traitement, durée et prix demandé) qui lui sont soumis, la nécessité du traitement proposé et le montant de l'intervention à octroyer. Les rapports mentionnés ci-dessus doivent parvenir au médecin conseil au plus tard quinze jours avant la date prévue pour l'hospitalisation.

Sans accord préalable du médecin conseil, l'entreprise d'assurances n'interviendra ni dans les frais exposés pendant l'hospitalisation ni dans les frais pré- et post hospitalisation.

Article 11 - Délais d'attente

La garantie est acquise :

- avec effet immédiat à la date d'affiliation pour les accidents ;
- trois mois à compter de la date d'affiliation pour les maladies;

Chapitre III - Les primes**Article 12 - Paiement des primes**

La prime est annuelle. Les primes ou fractions de primes sont payables sur présentation de la quittance ou de l'avis d'échéance anticipativement aux dates d'échéances de primes indiquées aux conditions particulières. Les primes sont également dues pendant la durée d'un sinistre.

Toutes taxes et contributions quelconques perçues ou à percevoir et relatives au contrat sont à charge du preneur d'assurance ; elles sont perçues en même temps que la prime.

Lorsque l'assuré a atteint l'âge de dix-huit ans, la prime est relevée, à la prochaine échéance annuelle de prime, jusqu'au niveau de la prime qui correspond à cet âge.

Article 13 - Résiliation du contrat en cas de non-paiement de primes

A défaut de paiement d'une prime, la compagnie peut résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure par lettre recommandée.

Si le paiement n'est pas effectué dans un délai de seize jours, à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée de mise en demeure, la résiliation prend effet à l'expiration de ce délai.

Article 14 - Indexation des primes, franchises et autres montants

La prime, la franchise et les autres montants sont adaptés à la date de l'échéance annuelle de la prime sur base de l'indice des prix à la consommation. Toutefois, en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts réels des garanties, la prime, la franchise et les autres montants peuvent être adaptés sur base d'un autre indice accepté par les autorités compétentes.

Chapitre IV - Déclaration de sinistre et remboursement des frais par l'entreprise d'assurances dans la formule : A/Global
Article 15 - Déclaration

Lorsque le preneur d'assurance fait appel aux garanties stipulées dans les conditions de son contrat, il doit procéder selon les points a), b) ou c) mentionnés ci-dessous :

a) Déclaration du sinistre

En cas d'hospitalisation à l'étranger ou en Belgique, l'assuré doit déclarer sans retard le sinistre à l'entreprise d'assurances, et au plus tard, dans les trois mois de sa survenance.

Toutefois, l'assuré ne perd pas le droit aux prestations prévues par le contrat si la déclaration est faite après ce délai, pour autant que la preuve soit apportée que la déclaration ait été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

L'assuré fait parvenir à l'entreprise d'assurances la déclaration de sinistre dûment complétée en y joignant les originaux de toutes pièces justificatives (facture de l'hôpital en cas d'hospitalisation), certificats et rapports de nature à prouver l'existence des frais couverts.

b) Utilisation de l'AssurCard

Chaque assuré qui dispose d'une carte électronique, dénommée **AssurCard**, a la possibilité de déclarer le sinistre selon le système d'échange de données mis à sa disposition et de bénéficier du service du tiers payant, sans paiement d'acompte lors d'une hospitalisation.

Les conditions suivantes doivent être remplies:

- l'hôpital est équipé d'une infrastructure **AssurCard**;
- l'utilisation par l'assuré, titulaire de la carte, ou par son représentant, de la carte **AssurCard** implique l'accord de l'assuré de bénéficier du tiers payant et de transmettre les données médicales au médecin conseil de l'entreprise d'assurances. Cet accord sera renouvelé lors de chaque hospitalisation;
- les frais exposés pendant l'hospitalisation seront remboursés par l'entreprise d'assurances directement à l'hôpital, pour autant que la cause de celle-ci soit couverte par les conditions du présent contrat;
- les frais non couverts par le contrat ainsi que la franchise précisée aux conditions particulières seront réclamés à l'assuré et/ou au preneur d'assurance et devront être payés par ce(s) dernier(s);
- la personne assurée et/ou le preneur d'assurances recevra une lettre de décompte, lui donnant le détail de ces frais. Si le remboursement n'est pas fait après une lettre de rappel, l'assuré et/ou le preneur d'assurance recevra un deuxième rappel;
- si le paiement des frais non couverts ne parvient pas à l'entreprise d'assurances dans un délai de cinq jours à partir de la date du deuxième rappel, les assurés du contrat ne pourront plus faire usage de leur carte **AssurCard**. L'entreprise d'assurances est en droit de réclamer les cartes concernées à l'assuré et/ou au preneur d'assurance qui s'engage à les renvoyer dans les trente jours;
- l'entreprise d'assurances suspend tout paiement relatif au contrat dès l'envoi du premier rappel, et ce jusqu'au paiement des frais réclamés ;

- l'entreprise d'assurances fait part à l'assuré et/ou au preneur d'assurance par lettre de sa volonté d'assigner l'assuré et /ou le preneur d'assurance pour les montants impayés et lui signifie également que cette procédure entraîne la perte de sa qualité d'assuré. Il perd simultanément le droit de bénéficiaire du tiers payant et d'utiliser sa carte.

L'entreprise d'assurances réclamera la totalité des frais d'hospitalisation qu'elle aurait payés indûment à l'hôpital

- si l'assuré devait faire usage de sa carte lorsqu'il n'est plus assuré;
- si, lors du règlement de sinistre, l'assureur constate une discordance entre la déclaration de sinistre qui a entraîné la décision de prise en charge et la facturation des frais.

Pour toutes demandes d'information complémentaire concernant **AssurCard**, l'assuré peut contacter le numéro vert 0800 32 213.

- c) En cas de demande d'assistance à l'étranger, toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au n° +32 2 773 61 09 accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention.

L'entreprise d'assurances peut réclamer toutes pièces complémentaires jugées nécessaires et l'assuré s'engage à les demander à son médecin traitant.

Toutes les données d'ordre médical sont constatées par le médecin conseil de l'entreprise d'assurances.

Les documents justificatifs doivent être en possession du médecin conseil de l'entreprise d'assurances dans un délai d'un an à compter de la date de déclaration du sinistre.

Si les documents ne permettent pas au médecin conseil de l'entreprise d'assurances d'arrêter son opinion, l'assuré accepte de répondre favorablement aux contrôles et examens médicaux qui lui seront demandés à cette fin.

Article 16 - Calcul du remboursement des frais par l'entreprise d'assurances et l'Assisteur

Le remboursement par l'entreprise d'assurances des frais soins de santé, couverts par le contrat, exposés en Belgique ou à l'étranger, est calculé comme suit :

- a) du montant des frais exposés est déduit:
- le montant des interventions légales.
Toutefois si l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il sera tenu compte d'un montant fictif identique au montant des interventions légales prévues par la législation sociale belge A.M.I. - secteur soins de santé - régime des salariés.
 - le montant de tous les autres remboursements relatifs aux frais exposés en ce compris les remboursements dont l'assuré bénéficie dans le cadre de l'assurance hospitalisation libre et complémentaire de sa mutuelle.

- b) lorsqu'il existe un remboursement légal, la totalité des frais exposés mis à charge du patient est remboursée. Lorsque les frais mis à charge du patient sont sans remboursement légal, 50% des frais exposés sont remboursés:
- pour les frais de séjour, l'entreprise rembourse les suppléments mis à charge du patient pour la chambre à un lit et la chambre à deux lits (et ceci en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur, relatives aux hôpitaux);
 - pour les frais médicaux et les honoraires médicaux, l'entreprise rembourse les suppléments à charge du patient pour chaque prestation soins de santé (en vertu des dispositions légales et réglementaires en vigueur, relatives aux hôpitaux);
 - pour les médicaments, l'entreprise rembourse les suppléments à charge du patient;
 - pour l'achat du petit matériel médical et la location du matériel médical lourd, l'entreprise d'assurances rembourse les suppléments à charge du patient.

Toutefois, les frais de soins de santé repris sur la facture d'hospitalisation seront remboursés à 100% si la facture contient au moins une prestation avec remboursement légal.

- c) du montant ainsi déterminé est déduit le montant de la franchise précisée aux conditions particulières.
- d) le solde est remboursé par l'entreprise d'assurances en tenant compte des plafonds éventuellement prévus dans les conditions générales et particulières.

Les engagements financiers de l'Assisteur sont:

- a) engagement général:
le coût des assistances organisées par l'Assisteur reste à sa charge dans les limites prévues par le présent contrat. 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.
- b) 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.
- c) frais d'hébergement:
ces frais ne sont garantis que dans la mesure où il s'agit de frais supplémentaires dus à la survenance d'un événement assuré. Ils sont limités exclusivement à la chambre et au petit déjeuner avec un maximum de € 620. Le remboursement de ces frais se fera sur base des justificatifs présentés à l'Assisteur.
- d) self-assistance:
les frais engagés dans les cas de self-assistance (chapitre II, article 7, module 4) ne sont remboursés que dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés si, tenu d'intervenir, il avait lui-même organisé l'assistance.
- e) 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 (ou à défaut le preneur) 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.

**Chapitre V - Déclaration de sinistre et remboursement des frais par l'entreprise d'assurances
dans la formule : B/ multiple de l'intervention légale (A.M.I.)**

Article 17 - Déclaration

Lorsque le preneur d'assurance fait appel aux garanties stipulées dans les conditions de son contrat, il doit procéder selon les points a), b) mentionnés ci-dessous :

a) Déclaration du sinistre

En cas d'hospitalisation à l'étranger ou en Belgique, l'assuré doit déclarer sans retard le sinistre à l'entreprise d'assurances, et au plus tard, dans les trois mois de sa survenance.

Toutefois, l'assuré ne perd pas le droit aux prestations prévues par le contrat si la déclaration est faite après ce délai, pour autant que la preuve soit apportée que la déclaration ait été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

L'assuré fait parvenir à l'entreprise d'assurances la déclaration de sinistre dûment complétée en y joignant les originaux de toutes pièces justificatives (facture de l'hôpital en cas d'hospitalisation), certificats et rapports de nature à prouver l'existence des frais couverts.

b) En cas de demande d'assistance à l'étranger, toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au n° +32 2 773 61 09 accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention.

L'entreprise d'assurances peut réclamer toutes pièces complémentaires jugées nécessaires et l'assuré s'engage à les demander à son médecin traitant.

Toutes les données d'ordre médical sont constatées par le médecin conseil de l'entreprise d'assurances. Les documents justificatifs doivent être en possession du médecin conseil de l'entreprise d'assurances dans un délai d'un an à compter de la date de déclaration du sinistre.

Si les documents ne permettent pas au médecin conseil de l'entreprise d'assurances d'arrêter son opinion, l'assuré accepte de répondre favorablement aux contrôles et examens médicaux qui lui seront demandés à cette fin.

Article 18 - Calcul du remboursement des frais par l'entreprise d'assurances et l'Assisteur

Le remboursement par l'entreprise d'assurances des frais soins de santé, couverts par le contrat, exposés en Belgique ou à l'étranger, est calculé comme suit :

a) du montant des frais exposés sont déduits:

1. le montant des interventions légales.

Toutefois si l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il sera tenu compte d'un montant fictif identique au montant des interventions légales prévues par la législation sociale belge A.M.I. - secteur soins de santé - régime des salariés.

2. le montant de tous autres remboursements relatifs aux frais exposés en ce compris les remboursements dont l'assuré bénéficie dans le cadre de l'assurance hospitalisation libre et complémentaire de sa mutuelle.

b) Pour les frais de soins de santé visés à l'article 7, 1 autres que les frais de séjour dans un établissement hospitalier, l'entreprise d'assurances limite, par prestation, son intervention à un montant maximum représentant le montant de l'intervention légale multiplié par le coefficient indiqué dans les conditions particulières. Néanmoins, cette limite est calculée pour l'ensemble des médicaments prescrits et utilisés pendant l'hospitalisation.

Pour les frais de séjours relatifs à la journée d'hospitalisation, l'entreprise d'assurances limite son intervention à maximum une fois le montant de l'intervention légale.

- c) Du montant ainsi déterminé est déduit le montant de la franchise précisée aux conditions particulières.
- d) Le solde est remboursé par l'entreprise d'assurances en tenant compte des plafonds éventuellement prévus par les conditions générales et particulières.
- e) L'assuré qui a opté pour la formule B ne bénéficie pas du tiers payant via AssurCard.

Les engagements financiers de l'Assisteur sont:

- a) engagement général:
le coût des assistances organisées par l'Assisteur reste à sa charge dans les limites prévues par le présent contrat. 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.
- b) 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.
- c) frais d'hébergement:
ces frais ne sont garantis que dans la mesure où il s'agit de frais supplémentaires dus à la survenance d'un événement assuré. Ils sont limités exclusivement à la chambre et au petit déjeuner avec un maximum de € 620. Le remboursement de ces frais se fera sur base des justificatifs présentés à l'Assisteur.
- d) self-assistance:
les frais engagés dans les cas de self-assistance (chapitre II, article 6, module 4) ne sont remboursés que dans la limite de ceux que l'Assisteur aurait engagés si, tenu d'intervenir, il avait lui-même organisé l'assistance.
- e) 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 (ou à défaut le preneur) 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.

Chapitre VI : Paiement des prestations et expertise médicale

Article 19 - Paiement des prestations par l'entreprise d'assurances

- a) Le montant des prestations est payé au bénéficiaire précisé aux conditions particulières ou à ses héritiers ou à toute personne désignée expressément par l'assuré.
Le remboursement de la facture d'hospitalisation s'effectuera dans les dix jours calendrier de la réception de celle-ci par l'entreprise d'assurances pour autant qu'elle soit en possession du dossier complet relatif aux frais médicaux de l'assuré et que le sinistre ait été accepté en fonction des conditions générales et particulières du présent contrat.
- b) Chaque assuré ayant opté pour la formule A, qui dispose d'une **AssurCard** a la possibilité de bénéficier du tiers payant lors d'une hospitalisation en Belgique, pour autant que l'entreprise d'assurances ait donné son accord pour le remboursement des frais. Dans ce cas, la facture d'hospitalisation est transmise à l'entreprise d'assurances qui règle ce montant directement à l'hôpital conformément aux conditions générales et particulières du présent-contrat.

Article 20 - Expertise médicale

En cas de désaccord entre le médecin conseil de l'entreprise d'assurances et le médecin choisi par l'assuré, celui-ci est libre de demander une expertise médicale amiable.

Chaque partie désigne un médecin qui agira en tant qu'expert. En cas de désaccord entre les deux experts ceux-ci s'adjoignent un tiers expert.

Si l'une des deux parties reste en défaut de désigner son expert dans un délai de seize jours après une intervention par lettre recommandée ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur le choix du troisième expert, la nomination en est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de 1ère instance de l'arrondissement judiciaire du domicile ou siège social de cette partie.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert qu'elle désigne en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Chacune des parties supporte la moitié des frais et honoraires du troisième expert en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Chapitre VII- Dispositions diverses

Article 21 - Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée de commun accord aux conditions particulières, après signature du contrat par les parties (articles 1 et 2 des conditions générales) et paiement de la première prime.

A défaut de paiement de la prime dans les quarante-cinq jours suivant l'émission du contrat d'assurance, ce dernier est considéré comme n'ayant jamais existé.

L'affiliation de toute autre personne ou toute autre extension de garantie nécessite l'introduction d'une nouvelle proposition d'assurance.

Article 22 - Durée du contrat

Le contrat est souscrit à vie sauf stipulation contraire dans les conditions particulières.

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat à son échéance annuelle ou à la date anniversaire de sa prise d'effet. Dans ce cas, l'article 24 reste d'application.

Article 23 - Modification du contrat

L'entreprise d'assurances peut adapter le tarif et/ou les conditions du contrat d'assurance dans les cas suivants :

- En cas d'alourdissement des charges techniques, administratives ou financières relatives aux garanties prévues dans les contrats d'assurance maladie, hospitalisation ;
- En cas de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires en matière de sécurité sociale ou d'assurance obligatoire sur les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail ou en matière de maladies professionnelles ou de modification de la loi sur les hôpitaux ou toute autre modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'entreprise d'assurances se réserve le droit de modifier les conditions d'assurance après avoir obtenu l'accord des autorités compétentes et en avoir avisé le preneur d'assurance quatre mois au moins avant la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de la notification de la modification.

L'entreprise d'assurances peut résilier le contrat en cas de non-paiement des primes, conformément à l'article 13.

Article 24 - Fin des prestations de l'entreprise d'assurances

La garantie reste acquise pour toute admission en milieu hospitalier ayant débuté avant la résiliation ou l'expiration du contrat. Les prestations sont maintenues pendant une durée maximum de six mois pour les frais relatifs à cette hospitalisation pour autant que celle-ci soit ininterrompue et à l'exclusion des frais post hospitalisation.

Article 25 - Etendue territoriale

- a) Les garanties sont acquises pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence principale en Belgique et qu'il soit soumis au régime de la sécurité sociale belge. Si l'assuré prolonge un séjour à l'étranger au-delà de trois mois, il doit prévenir l'entreprise d'assurances qui pourra adapter les conditions de son contrat hospitalisation.
- b) Le contrat **sort** ses effets dans le monde entier pour autant que le contrôle, tel qu'il est prévu aux articles 15 et 20 puisse être exercé.
Les frais exposés pendant une hospitalisation à l'étranger seront remboursés, si l'hospitalisation présente un caractère d'urgence.

Article 26 - Notifications

Tout changement de domicile doit être notifié dans un délai de trente jours à l'entreprise d'assurances. Les notifications à faire au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse signalée à l'entreprise d'assurances.

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

Article 27 - Subrogation de l'entreprise d'assurances

Par le fait même que la garantie du contrat est due, ou dans le cas où l'entreprise d'assurances l'aurait déjà prestée, celle-ci est subrogée dans les droits qui peuvent appartenir au preneur d'assurance ou à l'assuré contre tous les tiers responsables d'un accident ou d'une maladie.

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours à l'encontre d'un tiers quelconque sans l'accord écrit de l'entreprise d'assurances.

Le preneur d'assurance et/ou l'assuré sont tenus de communiquer à l'entreprise d'assurances tous les renseignements nécessaires afin que cette dernière puisse exercer son recours vis à vis des tiers.

Article 28 - Loi applicable - Juridiction

La loi applicable au contrat est la loi belge.

Les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Si le preneur d'assurance n'est pas établi en Belgique, est seul compétent le Tribunal de Première instance de Bruxelles.

Article 29 - Sanctions économiques

Le présent contrat 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

Article 30 – Protection des données personnelles

Remarque préliminaire

Si le contrat d'assurance que vous allez souscrire vous couvre vous-même, nous vous invitons à lire attentivement la présente note d'explication.

Si le contrat d'assurance est souscrit au profit d'autres personnes que vous-même (comme les employés ou dirigeants de votre entreprise, un ou plusieurs tiers, ...), les droits et devoirs décrits dans la présente note restent entièrement d'application, sauf en ce qui concerne l'accord sur le traitement des données personnelles de santé. Dans ce cas, seules les personnes au profit desquelles le contrat d'assurance est souscrit peuvent donner leur accord. Si, dans le cadre d'une évaluation d'un risque ou de la gestion d'un sinistre, nous devons collecter des données auprès de ces personnes, elles seront informées de notre politique de gestion des données personnelles. En cas de traitement de données liées à la santé, nous demanderons leur consentement personnel.

Allianz Benelux : qui sommes-nous ?

Allianz Benelux est déjà votre assureur ou a vocation à le devenir pour vous prémunir contre différents risques et pour vous indemniser, le cas échéant. A cet effet, nous sommes obligés de collecter certaines de vos données personnelles pour mener à bien notre rôle d'assureur. La présente note vous explique comment et pourquoi nous utilisons vos données personnelles. Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

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

- l'évaluation du risque assuré par votre contrat,
- la gestion de la relation commerciale avec vous, avec votre courtier ou avec des partenaires commerciaux, via Internet et les réseaux sociaux, en ce compris la promotion de nos produits d'assurances, pendant et après la fin de notre relation contractuelle,
- la gestion de votre police d'assurances ou de vos éventuels sinistres couverts par votre contrat,
- l'envoi obligatoire d'informations relatives à votre situation d'assurances,
- la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise,
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance.

Aucune disposition légale ne vous oblige à nous fournir les données personnelles que nous demandons mais, à défaut de nous les fournir, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance ou vos sinistres.

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,
- fondés soit sur les législations applicables aux assurances, soit sur votre consentement.

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de conformité (contrôle de conformité) et de l'audit interne. Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire, nous partageons aussi vos données personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs, des experts, des conseillers juridiques 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 de vos données ou de gestion de nos applications

informatiques, il arrive que nous devions transférer vos 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 disposez-vous à l'égard de vos 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 vous contestez l'exactitude pendant la période où nous devons la vérifier,
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente,
- le droit de vous opposer au traitement,
- le droit à la portabilité de vos données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir vos données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement,
- le droit d'obtenir des explications sur les décisions automatisées,
- le droit de retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Profilage et décision automatisée.

En collaboration avec des partenaires externes, nous collectons des données déposées sur les réseaux sociaux en vue d'établir des profils de prospects à qui nous adressons nos promotions commerciales, ces derniers ayant toujours la possibilité de refuser ces promotions. En accord avec les personnes concernées, nous collectons parfois des données de géolocalisation

Nous donnons parfois aussi accès aux clients ou aux prospects soit à des modules de calcul de prime afin qu'ils puissent comparer les prix et prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous, soit à des modules d'évaluation de leur profil financier afin de leur permettre de déterminer si nos assurances de placement ou d'investissement pourraient les intéresser et le cas échéant, de prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous.

Les clients et prospects sont toujours en droit de nous demander de plus amples explications sur la logique de ces modules ou profilage.

Conservation de vos données personnelles.

Nous conserverons vos données personnelles 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. La durée varie donc fortement d'une assurance à l'autre.

Questions, exercices de vos droits et plaintes.

Vous pouvez nous adresser vos questions concernant le traitement de vos données personnelles soit par courriel 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, Belgique. Veuillez aussi nous transmettre une copie de votre carte d'identité recto/verso. Nous vous répondrons personnellement. Toute plainte concernant le traitement de vos données personnelles peut être adressée aux adresses postales et de courriel mentionnées ci-dessus ou encore à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be.

Consentements spécifiques.

Traitement de données relatives à la santé.

En signant le contrat d'assurance, vous marquez expressément votre accord sur le traitement de vos données personnelles relatives à votre santé par le Service médical de notre compagnie et par les personnes dûment autorisées à les traiter lorsque ce traitement est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. A défaut de consentir au traitement de données relatives à la santé, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance si une garantie corporelle ou un sinistre avec dommage à la santé est en jeu.

Quant aux personnes au profit desquelles vous avez souscrit une assurance, nous nous chargeons de les informer et de demander leur accord sur le traitement de leurs données personnelles liées à la santé lors de l'évaluation d'un risque ou de la gestion d'un éventuel sinistre.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à consulter notre page « Protection des données personnelles » de notre site Web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>

Article 31 – Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux : Bd 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 prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman.as, www.ombudsman.as.

Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation.

Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

