



Les AP

Assurance Soins de Santé

Article 1

DEFINITION DES NOTIONS

Pour permettre une meilleure compréhension des Conditions Générales de cette assurance, les notions définies dans le présent article apparaîtront dans le texte en caractères italiques.

1. Contrat d'assurance collective

Le contrat d'assurance se compose des Conditions Générales et des Conditions Particulières d'assurance qui leur sont obligatoirement jointes ainsi que des Avenants éventuels.

Les Conditions Particulières et les Avenants doivent être signés par l'assureur et le preneur d'assurance.

2. Le preneur d'assurance

La société ou l'association qui souscrit le contrat d'assurance collective.

3. L'assureur

Les AP assurances, entreprise d'assurances agréée sous le code 0037, dont le siège social est établi au n° 5 de l'avenue Galilée à 1210 Bruxelles (Belgique) et inscrite au RPM de Bruxelles sous le n° 0405.764.064.

4. Les personnes assurables

Les personnes assurables sont celles indiquées dans les Conditions Particulières et qui, de surcroît :

- sont assujetties à l'assurance belge obligatoire soins de santé et indemnités et en bénéficient
- ont leur domicile et leur résidence fixe en Belgique.

5. Les assurés

Les assurés sont les personnes assurables qui sont affiliées au présent contrat, conformément aux modalités prévues à cet effet dans les Conditions Particulières, et qui y sont désignées comme telles. Seules les personnes précitées peuvent bénéficier des garanties du présent contrat.

6. Établissement hospitalier

Il s'agit d'un établissement de soins de santé, établi en Belgique, légalement reconnu comme tel et pratiquant des traitements curatifs et diagnostiques scientifiquement éprouvés.

Par conséquent, dans le cadre du présent contrat, ne sont pas considérés comme établissements hospitaliers :

- des établissements psychiatriques fermés et les maisons de soins psychiatriques (MSP)
- des établissements médico-pédagogiques
- des établissements et maisons de repos destinés au simple hébergement de personnes âgées, de convalescents ou d'enfants
- les hôpitaux ou sections hospitalières «spécialement agréés comme maisons de repos et de soins».

A l'étranger, est considéré comme établissement hospitalier toute institution où au moins un médecin et du personnel infirmier diplômé assurent la permanence 24 heures sur 24 et où peuvent se pratiquer des interventions chirurgicales.

7. Hospitalisation

- a) Un séjour médicalement requis dans un établissement hospitalier, facturé à raison d'une journée d'hospitalisation ou, à défaut, au «mini, maxi ou super» forfait.
- b) Une admission médicalement requise, dans un établissement reconnu comme «One-Day-Clinic», et facturée au forfait A, B, C ou D.
- c) Dans le cadre du présent contrat, contrairement à ce qui est défini aux points a) et b), un séjour ou une admission médicalement requis(e) à la suite d'un traitement dentaire ne sont considérés comme une hospitalisation que s'il y a eu une nuitée.

Avenue Galilée 5
B-1210 Bruxelles
RPM Bruxelles 0405.764.064
IBAN BE82 7995 5181 0568
BIC GKCCBEBB

Les AP assurances

8. Accident

Tout événement soudain, indépendant de la volonté de l'assuré, dont la cause ou une des causes est étrangère à l'organisme de l'assuré, et qui porte atteinte à l'intégrité physique de cet assuré.

9. Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré, dont l'origine n'est pas accidentelle et présentant des symptômes objectifs qui permettent un diagnostic formel.

10. Prothèses, appareils orthopédiques, matériel de synthèse, médicaments et bandages

Dans le cadre du présent contrat, s'entend par :

- prothèse: tout membre artificiel, appareil et organe artificiel, destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe altéré ou affaibli. La prothèse peut être externe et donc visible, ou implantée dans l'organisme
- appareil orthopédique : tout appareil destiné à assister la fonction d'un membre altéré ou affaibli
- matériel de synthèse : dénomination commune pour tout matériel synthétique ou étranger au corps
- médicaments et bandages : produits vendus exclusivement en pharmacie, prescrits par un médecin et enregistrés comme tels par le Ministère de la Santé publique.

11. Prestations

Dans le cadre du présent contrat s'entend par prestations:

- les prestations médicales et paramédicales prodiguées ou prescrites par un médecin et qui sont répertoriées dans la nomenclature des prestations de soins de santé de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il s'agit plus précisément des actes de consultation, d'examen, de traitement et de contrôle
- prothèses, appareils orthopédiques, matériel de synthèse, médicaments et bandages.

12. Soins ambulatoires

Prestations (cfr. point 11 ci-dessus) dispensées en dehors de la période d'hospitalisation.

13. Maladies infectieuses aiguës

Dans le cadre du présent contrat sont considérées comme maladies infectieuses aiguës : la rubéole, la rougeole, la varicelle, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, les oreillons, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la dysenterie, le paratyphus, le typhus, le typhus exanthématique, le choléra, la variole, le paludisme, la fièvre récurrente. Cette liste est exhaustive.

14. Franchise

Elle représente la part des frais assurés qui reste à charge de l'assuré et qui est stipulée dans les Conditions Générales et Particulières.

15. Indemnisation légale

Par indemnisation légale s'entend dans le cadre du présent contrat :

- pour les frais exposés en Belgique : toute indemnisation prévue par les lois belges régissant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et applicables aux travailleurs
- pour les frais exposés dans un pays étranger : toute indemnisation prévue par une convention signée avec le pays en question et qui concerne la sécurité sociale des travailleurs ou, à défaut de convention, un montant égal à l'indemnisation prévue par les lois belges régissant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et applicables aux travailleurs.

16. Délai d'attente

C'est la période qui prend cours à la date à laquelle l'assureur accepte l'affiliation de l'assuré. Toute hospitalisation et toute maladie grave qui se produisent au cours de cette période ne sont pas sujettes à indemnisation. Ce délai d'attente est défini dans les Conditions Particulières.

Le délai d'attente ne s'applique toutefois pas aux dommages qui :

- résultent d'une maladie infectieuse aiguë (cfr. point 13 ci-dessus)
- résultent d'un accident qui s'est produit après l'affiliation (cfr. point 8 ci-dessus)
- touchent les nouveau-nés, pour autant que le reste du ménage soit assuré depuis au moins 6 mois au moment de leur naissance.

17. Maladies graves

Dans le cadre du présent contrat sont considérées comme maladies graves : le cancer, la leucémie, le diabète, le SIDA, la tuberculose, la scarlatine, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la maladie de Pompe, la sclérose en plaques, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la variole, le typhus, la fièvre typhoïde et paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra, la brucellose et les maladies rénales nécessitant une dialyse. Cette liste est exhaustive.

18. Année d'assurance

C'est une période de 12 mois qui prend cours à la date de l'échéance annuelle stipulée dans les Conditions Particulières et les Avenants.

Si la date d'affiliation d'un assuré, comme désignée dans les Conditions Particulières, ne correspond pas à l'échéance annuelle de l'assurance collective, la première année d'assurance de cet assuré sera égale au nombre de mois entre la date d'affiliation et celle de l'échéance annuelle.

19. Soins palliatifs

L'ensemble des soins actifs prodigués aux patients dont la maladie est devenue incurable et pour lesquels il est devenu essentiel et primordial de maîtriser la douleur et d'autres symptômes et de bénéficier de l'encadrement psychologique, moral, spirituel, philosophique, familial et social qui caractérise une unité de soins où du personnel de terrain et des représentants de différentes disciplines conjuguent leurs efforts dans cet unique et même but dans des établissements, des services, des associations ou des institutions officiellement agréés.

20. Nuitée d'accompagnement

En cas d'hospitalisation d'un enfant affilié de moins de 12 ans, la nuitée d'un parent dans la même chambre que l'enfant.

21. Facture d'hospitalisation

Une facture émanant d'un établissement hospitalier (cfr. point 6 ci-dessus) et indiquant le nombre de journées et le prix d'une journée d'hospitalisation ou un prix forfaitaire.

Article 2

OBJET DE L'ASSURANCE

Dans le cadre du présent contrat sont remboursés les frais exposés pour des *prestations* ayant un lien direct avec la cause de l'*hospitalisation* assurée et pour lesquelles il existe une *indemnisation légale*, ou ayant un lien direct avec la cause de la *maladie grave* assurée.

Les extensions de la règle précitée sont précisées plus loin dans cet article 2.

Le montant du remboursement se calcule conformément à l'article 3 ci-après.

2.1. Garantie Hospitalisation

En cas d'*hospitalisation* pour cause de *maladie*, *accident*, grossesse ou accouchement, la garantie *Hospitalisation* couvre, conformément aux Conditions Générales et Particulières du présent contrat, le remboursement des frais exposés pendant l'*hospitalisation*. Il s'agit en l'occurrence des *prestations* et des frais de séjour médicalement requis.

Les autres frais exposés durant l'*hospitalisation* susceptibles d'être remboursés par l'*assureur*, sont :

- a) les *prestations* pour lesquelles il n'existe aucune *indemnisation légale*
- b) les frais de transport, pour autant que celui-ci s'effectue par un moyen de transport équipé d'un matériel médical et que le transport se justifie par l'urgence et l'état de santé de l'*assuré*
- c) les frais de *nuitée d'accompagnement*
- d) les frais d'hospitalisation d'un donneur qui a accepté sciemment d'être hospitalisé pour ce don.

Pour les *maladies* nerveuses et mentales, les frais d'hospitalisation sont remboursés durant maximum deux ans, qu'il s'agisse de périodes consécutives ou non.

- Soins de pré- et post-hospitalisation

Formule 1: remboursement des frais réels

L'*assureur* rembourse les frais réels de *soins ambulatoires* médicalement requis et exposés par l'*assuré* dans le mois qui précède l'*hospitalisation* assurée et dans les trois mois qui la suivent.

Les autres frais exposés par l'*assuré* pendant la période pré- et post-hospitalisation et qui sont susceptibles d'être remboursés par l'*assureur* sont :

- e) les *prestations* pour lesquelles il n'existe aucune *indemnisation légale*
- f) les frais de séjour de l'*assuré* dans un établissement de *soins palliatifs* autre que les *établissements hospitaliers* visés à l'article 1, 6 ci-dessus.

Formule 2 : remboursement forfaitaire

L'assureur ne tient pas compte des frais réels de *soins ambulatoires* médicalement requis et exposés durant la période de pré- et post-hospitalisation, mais verse une somme forfaitaire calculée selon le principe énoncé à l'article 3.6 ci-après.

2.2. Garantie Soins ambulatoires pour Maladies graves et Accidents

Lorsqu'un assuré est victime d'un accident qui donne lieu à une hospitalisation assurée ou lorsqu'il est atteint d'une maladie grave, l'assurance garantit le remboursement des frais de *soins ambulatoires* médicalement requis, pour autant qu'il s'agisse de prestations prodiguées pendant une période autre que celle visée dans la garantie Hospitalisation.

Les autres frais susceptibles d'être remboursés par l'assureur dans le cadre de cette garantie sont :

- g) les prestations pour lesquelles il n'existe aucune indemnisation légale
- h) les frais de location de matériel médical
- i) les frais de séjour de l'assuré dans un établissement de soins palliatifs, autre que les établissements hospitaliers visés à l'article 1.6 ci-dessus.

Article 3

CALCUL DU REMBOURSEMENT

Le remboursement de l'assureur se calcule comme suit :

1. Principe de base

Des frais exposés qui relèvent du présent contrat et pour lesquels il existe une indemnisation légale seront déduites successivement :

- les indemnisations légales; même si pour une raison quelconque l'assuré ne bénéficiait ou n'était pas en droit de bénéficier de cette indemnisation légale, une indemnité fictive équivalente à l'indemnisation légale serait prise en considération
- toute indemnité obtenue en vertu des lois sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
- toute indemnité obtenue en vertu d'une assurance privée ou de toute autre source quelconque.

2. Disposition de remboursement des prestations pour lesquelles il n'existe aucune indemnisation légale

L'intervention de l'assureur, obtenue après application du principe de base, est majorée de 50% des frais de prestations exposés et visés à l'article 2.1.a) et 2.1.e) et de 100% des frais exposés et visés à l'article 2.2.g).

L'intervention de l'assureur dans le total des frais visés à l'article 2.1.a) 2.1.e) et 2.2.g) n'excédera cependant jamais 1.250 EUR par assuré et année d'assurance.

3. Disposition de remboursement des autres frais visés à l'article 2

L'intervention de l'assureur, obtenue après application du principe de base et du point 2 ci-dessus, est majorée de la différence entre les frais visés à l'article 2. 1. b), 2.1.c), 2.1.d), 2.1.f), 2.2.h) et 2.2.i) ET toute indemnité obtenue en vertu d'une assurance privée ou de toute autre source quelconque.

L'intervention de l'assureur dans le total des frais visés à l'article 2.1.b) 2.1.c) 2.1.d) 2.1.f) 2.2.h) et 2.2.i) n'excédera cependant jamais 620 EUR par assuré et par année d'assurance. Quant aux frais visés à l'article 2.1.c), l'intervention de l'assureur n'excédera toutefois jamais 12,50 EUR par nuitée d'accompagnement.

4. Plafond d'intervention par journée d'hospitalisation et par prestation dans la région de Bruxelles-Capitale

Aux séjours et prestations prodiguées dans les établissements hospitaliers situés dans la région de Bruxelles-Capitale s'appliquent les règles suivantes :

- a) Par prestation donnant droit à une indemnisation légale, on vérifiera si le solde obtenu par l'application du principe de base, excède de 200% l'indemnisation légale. Pour chaque prestation dépassant ce plafond, l'excédent sera défalqué de l'intervention de l'assureur, obtenue après l'application des points 1, 2 et 3 ci-dessus.
- b) Par journée d'hospitalisation facturée, on vérifiera si le solde obtenu par l'application du principe de base, excède le ticket modérateur légal majoré de 75 EUR. Pour chaque journée d'hospitalisation dépassant ce plafond, l'excédent sera défalqué de l'intervention de l'assureur obtenue après l'application des points 1, 2, 3 et 4 a) ci-dessus.

5. Disposition particulière de remboursement en cas de grossesse et d'accouchement

Si une *hospitalisation* à la suite d'un accouchement ne représente pas plus de 4 journées d'hospitalisation facturées ou si l'accouchement a lieu à domicile, l'intervention de *l'assureur*, obtenue après l'application des points 1 à 4 ci-dessus, sera majorée d'un forfait équivalant à 40 EUR, multiplié par un facteur égal à la différence entre 6 journées d'hospitalisation et le nombre de journées facturées. Ces frais ne sont remboursables que sur présentation d'une facture émise par un Établissement Néonatal affilié à La Fédération et à condition que parmi les soins postnatals quotidiens il y ait des soins médicaux.

6. Disposition de remboursement forfaitaire si la formule 2 a été retenue

Si les Conditions Particulières stipulent l'application de la formule 2 (cfr. article 2.1), l'intervention de *l'assureur*, obtenue par l'application des points 1 à 5 ci-dessus et relative aux *prestations* durant la période de pré- et post-hospitalisation, sera remplacée par un forfait équivalant à 20% des frais assurés (obtenus après application des points 1 à 5 ci-dessus) et exposés durant *l'hospitalisation* assurée. L'intervention forfaitaire de *l'assureur* ainsi obtenue ne sera jamais inférieure à 25 EUR par *hospitalisation* assurée, ni supérieure à 12,50 EUR multipliés par le nombre de journées d'hospitalisation assurées qui auront été facturées.

7. Application de la franchise

- a) De l'intervention de *l'assureur*, obtenue après application des points 1 à 6 ci-dessus, sera défalquée la *franchise*.
- b) Pour les *maladies* nerveuses et mentales, sera défalquée de surcroît une *franchise* spéciale égale à 20% de l'intervention de *l'assureur* obtenue après application des points 1 à 7 a) ci-dessus.

8. Plafond d'indemnisation en garantie Soins ambulatoires pour Maladies graves et Accidents

Si l'indemnité d'assurance, obtenue en application des points 1 à 7 ci-dessus et relevant de la garantie précitée, dépasse par *assuré* et par *année d'assurance* le plafond prévu dans les Conditions Particulières, l'excédent sera défalqué de l'indemnité.

9. Plafond d'indemnisation à l'étranger

Si l'indemnité d'assurance, obtenue en application des points 1 à 8 ci-dessus, pour des frais exposés à l'étranger, dépasse le plafond de 6.200 EUR par *assuré* et par *année d'assurance*, l'excédent sera déduit de l'intervention de *l'assureur*.

Article 4

DOMMAGES

1. *L'assuré* ou son représentant est tenu de déclarer à *l'assureur* toute *hospitalisation* et tout événement permettant de se prévaloir des garanties d'assurance décrites à l'article 2 ci-dessus. Cette déclaration doit intervenir dans les 15 jours qui suivent le début de *l'hospitalisation* ou l'événement, à l'aide du formulaire de déclaration fourni par *l'assureur*.

L'assureur peut, le cas échéant, réclamer des renseignements supplémentaires; il se réserve le droit de faire confirmer le diagnostic par un examen et/ou certificat qu'il aura spécifié.

2. Les frais assurés sont remboursés sur présentation :

- des originaux des notes de frais et, en particulier, de l'original de la *facture d'hospitalisation*, lorsqu'il s'agit de la garantie *Hospitalisation* (cfr. article 2)
- du décompte des remboursements effectués dans le cadre des lois belges sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les travailleurs (cfr. preuve de remboursement de la mutuelle) et/ou du décompte des remboursements effectués dans le cadre des lois belges sur les maladies professionnelles et accidents du travail

ET

- de tout justificatif de dédommagement en vertu d'une assurance privée.

Il faut que *l'assureur* dispose de ces justificatifs au plus tard un an après la date de la prestation et les conservera définitivement. Il peut réclamer les justificatifs supplémentaires qu'il juge nécessaires.

3. *L'assureur* peut vérifier l'exactitude des déclarations et des renseignements qui lui ont été fournis. *L'assuré* ou son représentant est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires afin de faciliter cette vérification.

4. Si *l'assuré* ou son représentant n'a pas respecté une des obligations visées aux points 1, 2 et 3 du présent article, *l'assureur* se réserve le droit de réduire l'indemnité, calculée selon l'article 3 ci-dessus, proportionnellement au préjudice que ce retard ou cette négligence lui a infligé. *L'assureur* peut même refuser la garantie si le non-respect de ces obligations relève d'une intention frauduleuse de la part de *l'assuré*. Les primes de cet *assuré* qui seront échues au moment où *l'assureur* découvre la réticence intentionnelle ou les renseignements falsifiés qui lui ont été fournis, seront acquises à *l'assureur*.

5. L'assureur peut à tout moment faire vérifier par un médecin qu'il aura désigné, l'exactitude des déclarations de l'assuré et/ou de son représentant et faire examiner les certificats.

En cas de litige d'ordre médical entre l'assuré et l'assureur, ceux-ci pourront d'un commun accord désigner chacun un médecin. Si ces deux médecins n'arrivent pas à un accord, ils en choisiront un troisième comme arbitre ou se référeront, pour ce choix, au Président du Tribunal de Première Instance compétent, à la requête de la partie la plus diligente. Si le litige subsiste, il sera soumis à la compétence des tribunaux.

Chaque partie assumera les honoraires de son médecin et la moitié des honoraires du troisième.

6. L'assureur s'engage à charger son organisme financier de verser dans les 10 jours ouvrables l'indemnité visée à l'article 3 ci-dessus.

Le délai précité entre en vigueur le lendemain de la réception par l'assureur des justificatifs (cfr. point 2 ci-dessus) qui n'ont pas encore donné lieu à une indemnisation de sa part.

Toutefois, le délai ne commence à courir que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- les justificatifs transmis à l'assureur (cfr. point 2 ci-dessus) donnent droit à un dédommagement global d'au moins 250 EUR
- l'assuré ou son représentant a respecté leurs obligations (cfr. points 1, 2 et 3 ci-dessus)
- l'assureur dispose des renseignements, certificats et résultats des examens supplémentaires qu'il a demandés (cfr. point 1 ci-dessus)
- l'acceptation des dommages ne pose aucun problème.

Si l'assureur n'a pas versé l'indemnité dans ce délai, il paiera un intérêt moratoire de 10% l'an à dater du jour ouvrable qui suit l'expiration de ce délai de 10 jours. Cet intérêt moratoire représentera d'office 2,50 EUR au moins.

7. S'il s'avère, à l'occasion d'un dommage, que l'assuré a perdu sa qualité de *personne assurable*, les obligations de l'assureur seront levées conformément aux modalités de l'article 7 ci-après. Néanmoins, les primes payées par cet assuré resteront acquises à l'assureur.

Article 5

VALIDITE TERRITORIALE

La présente assurance est valable dans le monde entier.

Article 6

EXCLUSIONS

a) Les garanties prévues à l'article 2 ci-dessus, ne s'appliquent pas aux frais occasionnés par des *hospitalisations* et des *maladies graves* résultant :

1. de catastrophes naturelles et de faits de guerre
2. de troubles civils ou d'émeutes, d'actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sauf si l'assuré démontre qu'il n'y a pas pris part activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense
3. de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou d'autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes
4. d'une tentative de suicide ou d'un acte téméraire ou intentionnel de l'assuré
5. de l'ivresse, de l'alcoolisme, de l'intoxication alcoolique
6. de l'usage de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de toute autre drogue, sauf si l'assuré démontre que l'usage de ces substances relève d'une prescription médicale.

b) L'assurance ne couvre pas non plus :

1. les soins ou traitements à caractère purement esthétique, sauf s'ils sont consécutifs à un *accident* ou à une *maladie grave* couvert(e) par l'assurance
2. les réductions et implants mammaires, les liposuccions, ainsi que tout traitement d'amaigrissement, même si le traitement a été prescrit pour d'autres raisons médicales
3. les cures
4. les frais d'assistance et de garde de l'assuré, à l'exception de ceux occasionnés par les *nuitées d'accompagnement*, tels que visés à l'article 3
5. les stérilisations, les traitements contraceptifs, les traitements de la stérilité, les inséminations artificielles, les interruptions volontaires de grossesse, les traitements de l'impuissance et les traitements transsexuels
6. les *hospitalisations* en cours à la date de l'affiliation de l'assuré

7. *les maladies, accidents*, grossesses ou accouchements survenus avant la date de l'affiliation de l'*assuré*, ni leurs effets directs. Toutefois, la garantie d'assurance sera acquise à l'*assuré* si sa guérison est intervenue entre-temps, c.-à-d. aucune prestation n'a été effectuée dans le cadre de l'affection préexistante pendant une période ininterrompue d'un an s'achevant après la date de l'affiliation.
8. *les prestations* dont l'utilité n'a pas scientifiquement été prouvée
9. les traitements par les médecines douces telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, la chiropraxie, etc., si ces traitements sont appliqués par des personnes non habilitées à exercer la médecine.

Article 7

DEBUT, DUREE ET FIN DES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Le *contrat d'assurance collective* prend effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières. Le présent contrat entre en vigueur à la seule condition qu'il ait été signé par le *preneur d'assurance* et l'*assureur*.

En ce qui concerne les *assurés* individuels, les garanties d'assurance (cfr. article 2 ci-dessus) prennent effet à la date d'affiliation fixée dans les Conditions Particulières, éventuellement après un *délai d'attente*.

Les obligations de l'*assureur* prennent fin :

- à l'expiration du contrat
- en cours de contrat, lorsque l'*assuré* perd sa qualité d'*assuré* telle qu'elle est définie dans les Conditions Générales ou Particulières; toutefois, si l'*assuré* est encore hospitalisé à ce moment-là, l'*assureur* remboursera les frais de cette *hospitalisation* et des soins post-hospitaliers qui en découleraient, pour autant que ceux-ci soient couverts par l'assurance, et ce pendant une durée maximale de 6 mois à compter de cette date.

Article 8

PAIEMENT DE LA PRIME

Le montant et le mode de paiement de la prime sont stipulés dans les Conditions Particulières.

La prime, majorée de tous droits ou taxes quelconques, établis ou à établir à charge de l'*assureur* en vertu de ce contrat ou de son exécution, sera versée globalement par le *preneur d'assurance* pour l'ensemble des *assurés*. La prime de chaque *assuré* est due dès le premier jour du mois de son affiliation, comme stipulé dans les Conditions Particulières.

A défaut du paiement de la prime, le *preneur d'assurance* recevra une mise en demeure par pli recommandé, assortie d'une mise en garde quant aux conséquences du non-paiement. A défaut de paiement dans la quinzaine qui suit l'envoi de ce pli, la garantie d'assurance sera suspendue de plein droit pour les frais en cours comme pour tout événement postérieur à cette date. Par conséquent, le droit au remboursement expirera.

La garantie d'assurance sera rétablie à minuit, le lendemain du paiement intégral des primes, taxes et droits en souffrance. Toutefois, l'*assureur* se réserve le droit de subordonner la remise en vigueur du contrat au résultat favorable d'un examen médical de l'ensemble des *assurés*. Les *maladies graves* ou *hospitalisations* résultant de *maladies*, d'états ou de lésions qui se sont produits ou manifestés entre la date de suspension et celle de la remise en vigueur du contrat, seront exclues de la garantie d'assurance.

Lorsqu'un contrat a été suspendu, l'*assureur* a le droit de résilier le contrat dès le quinzième jour qui suit la date de la suspension. Si le *preneur d'assurance* informe l'*assureur* par écrit de son intention de cesser le paiement des primes, l'*assureur* ne devra pas envoyer ce pli recommandé.

Article 9

TERME DU CONTRAT

Le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet, sauf stipulation contraire dans les Conditions Particulières.

A l'expiration de ce terme, le contrat sera reconduit tacitement par périodes successives d'un an et aux mêmes conditions, sauf résiliation signifiée par l'une des parties, par pli recommandé, au moins trois mois avant la date d'expiration du contrat.

Article 10

RECOURS DE L'ASSUREUR

Si les garanties d'assurance s'appliquent ou si l'*assureur* a déjà procédé à un remboursement, il sera subrogé dans le droit de recours du *preneur d'assurance* ou des *assurés* à l'encontre des tiers responsables de la *maladie* ou de l'*accident*.

Il est interdit au *preneur d'assurance* ou aux *assurés* de renoncer, en tout ou en partie, à leur droit de recours en faveur d'un tiers quelconque, sans autorisation écrite de l'*assureur*.

Article 11

MEDIATION

Si le gestionnaire de dossier des AP assurances n'est pas en mesure de répondre à son problème ou sa plainte, l'*assuré* peut s'adresser au service de Médiation même des AP, au n° 5 de l'avenue Galilée à 1210 Bruxelles (ombuddvvlap@belins.be).

A défaut de solution, l'*assuré* peut également soumettre le différend à l'Ombudsman des Assurances", square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as).

Les tribunaux belges sont seuls compétents pour connaître des litiges nés ou à naître du présent contrat.

Article 12

INFORMATIONS UTILES

Les liens ci-après contiennent des informations utiles sur les sujets suivants :

- que faire en cas d'*hospitalisation* ?
- le prix de la chambre
- les suppléments d'honoraires
- les remboursements.

Mutualité chrétienne
Mutualités socialistes
Mutualités libres
Mutualité libérale

<http://www.mc.be>
<http://www.mutsoc.be>
<http://www.mloz.be>
<http://www.mut400.be>

Article 13

PROTECTION DE LA VIE PRIVEE

Le traitement des données à caractère personnel transmises par les *assurés* à l'*assureur* s'effectue dans le cadre du traitement des risques et de la gestion des contrats et des dommages. Ce traitement est assuré par les intermédiaires et le personnel de l'*assureur*, l'accès à ces données se limitant à l'exercice de leurs fonctions spécifiques et aux besoins du service.

Sauf opposition - gratuite et sur demande -, ces données, à l'exception de celles qui ont trait à la santé, sont traitées par ces mêmes personnes à des fins de prospection et de promotion (marketing direct). A cette fin, ces données peuvent également être communiquées à des tiers liés contractuellement à l'*assureur* ou à l'actionnariat de ce dernier, les *assurés* pouvant en obtenir la liste sur simple demande.

La Loi du 11 décembre 1998 accorde aux *assurés* un droit d'accès et de rectification.