

Assurance Hospitalisation Plus

Produit d'assurance
proposé par



BNP PARIBAS
FORTIS

Conditions générales – version 2023 R

SUPPORTER DE VOTRE

SANTÉ



PRÉAMBULE

Objet du contrat

Ce contrat vous protège des conséquences financières d'une hospitalisation.

Votre contrat se compose de deux parties

Les **conditions générales** décrivent le fonctionnement de votre contrat et précisent nos engagements réciproques. Elles détaillent le contenu des garanties ainsi que les exclusions générales.

Les **conditions particulières** précisent les données du contrat qui vous sont personnelles. Elles mentionnent les garanties que vous avez souscrites ainsi que la prime à payer.

Comment consulter votre contrat ?

La table des matières reprend la structure du contrat. Il vous est ainsi facile de retrouver l'article que vous désirez consulter. Le lexique définit la portée exacte des termes indiqués *en italique* lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans le texte.

Où pouvez-vous vous renseigner ?

Si vous avez des questions ou des problèmes relatifs à ce contrat ou à une hospitalisation, vous pouvez vous adresser à votre agence ou nous contacter via le numéro téléphone 02 664 40 90 ou +32 (0)2 664 01 70 (pour les hospitalisations à l'étranger) ou via e-mail : asshospibancass@aginsurance.be.

Sans préjudice de votre droit d'exercer un recours en justice, vous pouvez adresser toute plainte par écrit à :

AG SA

Service de Gestion des plaintes

Boulevard Emile Jacqmain 53

1000 Bruxelles

e-mail : customercomplaints@aginsurance.be

Tél. : +32 (0)2 664 02 00

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à :

Ombudsman des Assurances

Square de Meeûs 35

1000 Bruxelles

e-mail : info@ombudsman-insurance.be

TéléClaims

En cas de sinistre

24 heures sur 24

7 jours sur 7

A partir de la Belgique : 0800 960 50

A partir de l'étranger : +32 (0)2 664 99 00

Politique de conflit d'intérêt

AG s'efforce d'éviter les conflits d'intérêt dans toutes ses activités d'assurance et de distribution.

Notre politique de conflit d'intérêt peut être consultée auprès de votre agence ou sur notre site internet www.aginsurance.be.

Table des matières

PRÉAMBULE.....	2
1. LES GARANTIES.....	4
1.1. L'étendue des garanties.....	4
1.1.1. Garantie « Hospitalisation ».....	4
1.1.2. Garantie complémentaire « Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation ».....	4
1.1.3. Garantie complémentaire « Maladies graves ».....	5
1.1.4. MEDI-ASSISTANCE.....	5
1.2. Comment le remboursement est-il calculé ?.....	5
1.3. Libre choix du médecin et de l'hôpital.....	6
1.4. Quelles sont les exclusions du contrat ?.....	6
1.5. Où la garantie est-elle acquise ?.....	7
1.6. A partir de quel moment la garantie est-elle acquise ?.....	7
1.7. Comment les enfants sont-ils assurés ?.....	7
2. VOS OBLIGATIONS.....	8
2.1. Les communications à la compagnie.....	8
2.2. Le paiement de la prime.....	8
3. LES SINISTRES.....	9
3.1. Que faire en cas de sinistre ?.....	9
3.2. Les conditions d'indemnisation.....	9
3.3. Les contestations d'ordre médical.....	9
3.4. Quel recours avons-nous contre les tiers responsables ?.....	9
4. LA VIE DE VOTRE CONTRAT.....	10
4.1. La durée du contrat.....	10
4.2. Modifications du tarif et des conditions.....	10
4.3. Dans quels cas le contrat peut-il être résilié ?.....	10
4.4. La correspondance entre parties.....	10
4.5. Protection de la vie privée.....	10
LEXIQUE.....	13
ANNEXE 1 - HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER ET ASSISTANCE.....	17
ANNEXE 2 - MEDI-ASSISTANCE - SERVICES COMPLÉMENTAIRES PENDANT ET APRÈS L'HOSPITALISATION.....	21

1. LES GARANTIES

1.1. L'étendue des garanties

L'étendue des garanties dépend de la formule choisie. Les conditions particulières indiquent, pour chaque *assuré*, la formule choisie.

1.1.1. Garantie « Hospitalisation »

La garantie concerne les *hospitalisations* en vue de subir un *traitement* médicalement nécessaire suite à une maladie, un *accident*, une grossesse ou un accouchement.

Sont remboursés :

- les *frais de séjour* ;
- les *médicaments* ;
- les honoraires médicaux et paramédicaux ;
- les frais de *prothèses et d'appareils orthopédiques* ;
- le matériel médical, endoscopique et de viscérosynthèse.

Les prestations suivantes sont également remboursées :

- admission dans un hôpital pour effectuer des traitements de fertilité sous surveillance médicale, dans la mesure où une intervention légale est prévue ;
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez l'assuré ;
- les frais de séjour d'un des parents dans la même chambre que l'enfant pour autant que le parent et l'enfant soient assurés par un même contrat, et que sa présence soit considérée comme médicalement nécessaire ;
- le test de la mort subite ;
- les *frais de transport* approprié vers l'hôpital ;
- les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture pour autant que ces prestations soient dispensées par un médecin ou un kinésithérapeute reconnu ;
- les *soins palliatifs* à l'hôpital ;
- les frais de morgue repris sur la facture d'hôpital.

La garantie est également d'application en cas d'accouchement à domicile, assimilé à une hospitalisation (y compris un accouchement et/ou un séjour dans une maison de naissance ou toute autre institution similaire).

1.1.2. Garantie complémentaire « Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation »

Pour autant que cette option soit souscrite, la garantie concerne les *soins ambulatoires* médicalement nécessaires donnés dans le mois qui précède l'entrée à l'hôpital et dans les trois mois qui suivent la fin de l'hospitalisation, en relation directe avec la cause de celle-ci.

Sont remboursés :

- les actes médicaux prestés lors de visites ou de consultations ainsi que les soins infirmiers ;
- les traitements paramédicaux tels que kinésithérapie, physiothérapie, logopédie prescrits par un médecin et dispensés par un prestataire reconnu ;
- les médicaments prescrits pour la période décrite ci-dessus, à l'exception des médicaments homéopathiques, sauf si vous avez souscrit la garantie Delta ;
- la location ou les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques prescrits pour la période décrite ci-dessus et préalablement acceptés par nos services.

Ne sont pas soumis à autorisation préalable :

les verres de lunettes, verres de contact, appareils auditifs, bandages herniaires, lombostats, bas à varices, semelles orthopédiques, coquilles plâtrées, attelles, béquilles.

Les frais d'entretien, de réparation et les pièces de rechange ne sont pas remboursés. Les frais de transport ne sont pas remboursés.

LA GARANTIE DELTA

Si vous avez souscrit la garantie Delta, la période pendant laquelle ces frais sont remboursés est rallongée de 1 à 2 mois pour la période qui précède l'entrée à l'hôpital et de 3 à 6 mois pour la période qui suit la sortie de l'hôpital. Sont également couverts :

- les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture, pour autant qu'ils soient dispensés par un médecin ou un kinésithérapeute reconnu ;
- les médicaments homéopathiques, pour la période décrite ci-dessus, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin reconnu et délivrés par une pharmacie établie en Belgique.

1.1.3. Garantie complémentaire « Maladies graves »

Pour autant que cette option soit souscrite, la garantie concerne les soins ambulatoires médicalement nécessaires comme décrits au point 1.1.2. ci-avant, en relation directe avec une des maladies graves énumérées ci-après et dont le diagnostic est dûment établi : cancer, leucémie, diabète, hépatite virale, tuberculose, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire progressive, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, méningite cérébro-spinale, typhus exanthématique, fièvre typhoïde et paratyphoïde, encéphalite, tétanos, choléra, dialyse rénale, diphtérie, poliomyélite, brucellose, variole, SIDA, maladie de Pompe, maladie de Crohn, malaria, charbon, maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Les frais de soins ambulatoires sont remboursés, sur présentation d'un certificat médical, aussi longtemps que la maladie nécessite un traitement et sans hospitalisation préalable.

LA GARANTIE DELTA

Si vous avez souscrit la garantie Delta, sont également couverts :

- les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture, pour autant qu'ils soient dispensés par un médecin ou un kinésithérapeute reconnu ;
- les médicaments homéopathiques, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin reconnu et délivrés par une pharmacie établie en Belgique ;
- *l'état palliatif* qui pour cette garantie est assimilé à une maladie grave. Outre les soins médicaux ambulatoires, la garantie Delta rembourse à l'assuré qui bénéficie du forfait de soins palliatifs à domicile les frais pour soins palliatifs à domicile ou dans un centre de jour reconnu ;
- la location de matériel médical, prescrit par un médecin.

1.1.4. MEDI-ASSISTANCE

Services complémentaires

Avec cette garantie vous bénéficiez de certains services complémentaires à l'occasion d'une hospitalisation en Belgique. Vous trouverez la description de cette garantie à l'annexe 2 MEDI-ASSISTANCE - services complémentaires pendant et après l'hospitalisation.

Pour cette garantie nous faisons appel à notre prestataire d'assurance. AG se réserve le droit de changer de prestataire d'assurance pour l'exécution des prestations prévues.

1.2. Comment le remboursement est-il calculé ?

- Le remboursement porte sur la totalité des frais [100 %] décrits ci-dessus qui restent à votre charge après déduction des *interventions légales* ou du remboursement auquel vous pouvez prétendre en vertu d'une disposition, statutaire ou autre, de la part de la mutuelle ou d'un organisme quelconque.

Toutefois si l'hospitalisation a lieu dans l'un des quelques hôpitaux dont les suppléments applicables dépassent le *critère* [voir le lexique pour la définition et la portée exacte de ce critère], une quote-part de 50 % reste à votre charge, ceci uniquement dans le cas où vous avez choisi une chambre privée pour des raisons de convenance personnelle.

- Le remboursement des médicaments pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale est limité à un plafond global de 12.500,00 EUR [non indexé] par assuré et par année d'assurance.

Ce plafond vaut tant pour la garantie « Hospitalisation » que pour les garanties « Soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation » et « Maladies graves ». Il s'applique également aux médicaments prescrits par un médecin étranger dans le cadre de la garantie à l'étranger [annexe 1].

Ce plafond de remboursement ne s'applique pas aux médicaments pour lesquels il y a une intervention légale.

- En cas d'accouchement à domicile, un montant forfaitaire de 495,79 EUR (indice 100) est octroyé. Ce montant est porté à 619,73 EUR (indice 100) si vous avez également souscrit une garantie complémentaire soins médicaux ambulatoires pré- et post-hospitalisation.
- En cas d'affection psychique ou psychiatrique et pour tous les types de dépression, les frais décrits ci-dessus sont remboursés pendant une durée maximum de deux années d'hospitalisation, consécutives ou non.
- Si pour une garantie du contrat, vous ne bénéficiez pas, pour des raisons administratives, des interventions légales prévues, le remboursement est diminué de 50 % pour la garantie concernée.

Le montant du remboursement tient compte de la franchise éventuelle, qui sera également déduite du forfait pour accouchement à domicile.

LA GARANTIE DELTA

Si vous avez souscrit la garantie Delta, la disposition suivante s'ajoute :

- les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie, d'acupuncture et les médicaments homéopathiques, dispensés pendant la période en pré et post ou suite à une maladie grave, sont remboursés à 50 %.

Le plafond de remboursement de 12.500 EUR par assurée et par année d'assurance mentionné ci-dessus est également d'application pour les médicaments homéopathiques.

1.3. Libre choix du médecin et de l'hôpital

Vous avez le libre choix du médecin et de l'hôpital, sans préjudice toutefois de l'article 1.2 relatif à l'application d'une quote-part de 50 % en cas de choix d'une chambre privée pour raisons de convenance personnelle dans certains hôpitaux.

1.4. Quelles sont les exclusions du contrat ?

La garantie n'est pas acquise pour les traitements suivants :

- a. les traitements dentaires sauf ceux qui sont médicalement motivés par une affection autre que celle des dents et de la denture ou par un accident pour lesquels la garantie est acquise ;
- b. les traitements parodontaux et orthodontiques ;
- c. les traitements de revalidation qui ne sont pas la suite directe et immédiate d'un traitement médical ou d'une intervention chirurgicale, pour lesquels la garantie est acquise ;
- d. les traitements expérimentaux ou non scientifiquement éprouvés ;
- e. les traitements à caractère esthétique, y compris la chirurgie plastique, même en cas de gêne fonctionnelle, sauf accord préalable par le médecin conseil de AG ;
- f. les traitements anticonceptionnels (tels que la stérilisation) ;
- g. les cures de thermalisme, de thalassothérapie, d'hygiéno-diététique ou de désintoxication.
- h. les check-up les examens préventifs de dépistage, exceptée la colonoscopie pour autant que l'assuré soit hospitalisé en chambre double ou commune.

Les traitements suivants ne seront remboursés qu'après approbation préalable du médecin-conseil de AG et sur présentation du rapport médical attestant la nécessité de l'intervention, la technique utilisée ainsi que le devis :

- la chirurgie mammaire, quelle qu'en soit la cause ;
- les traitements des mandibules ou des maxillaires ;
- la chirurgie bariatrique (intervention gastrique restrictive) ;
- chirurgie de correction des paupières, quelle qu'en soit la cause ;
- chirurgie réparatrice du ventre (abdominoplastie,...) quelle qu'en soit la cause ;

De plus les garanties ne sont pas acquises si l'hospitalisation et les soins ambulatoires éventuels sont la conséquence :

- i. d'un *sinistre causé intentionnellement* par l'assuré ou d'une tentative de suicide ;

- j. d'un acte notablement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
 - k. d'une participation volontaire à un crime ou un délit, excepté le cas de légitime défense ;
 - l. de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de médicaments ;
 - m. d'un accident ou d'une maladie survenus lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
 - n. d'un fait de guerre, civile ou étrangère ;
 - o. d'émeutes, de troubles civils et de tous actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale auxquels l'assuré a participé activement et volontairement ; toutefois la garantie est acquise s'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de légitime défense ; la garantie est également acquise si l'hospitalisation ou les frais ambulatoires éventuels résultent du terrorisme selon les dispositions de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. A cet effet, AG a adhéré à l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) créée en vertu de la loi précitée ;
 - p. de la pratique professionnelle de sport, sauf convention contraire ;
 - q. d'un accident qui s'est produit avant la prise en cours de la garantie, ou d'une maladie ou d'une grossesse dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la prise en cours de la garantie et qui lors de la conclusion du contrat ou de la prise en cours de la garantie n'ont pas été communiqués à AG dans le cadre de l'appréciation du risque.
- Toutefois, AG ne peut plus invoquer l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle dans la déclaration du risque :
- dès qu'un délai de 2 ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur de la garantie ou du contrat ;
 - si la maladie ou l'affection a été diagnostiquée après un délai de 2 ans à compter de l'entrée en vigueur de la garantie ou du contrat ;
 - si les données concernent une maladie ou une affection qui ne s'était encore manifesté d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat ou de la prise en cours de la garantie.

1.5. Où la garantie est-elle acquise ?

La garantie est acquise dans le monde entier à condition :

- d'être domicilié en Belgique et d'y résider plus de 9 mois par an ; et
- de bénéficier des interventions de la Sécurité sociale belge.

Cependant en cas d'hospitalisation à l'étranger, le droit aux prestations s'applique si les conditions suivantes sont remplies :

- l'hospitalisation présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la Mutuelle ;
- et
- il y a une intervention légale.

Vous trouverez plus de détails sur la garantie en cas d'hospitalisation à l'étranger à l'annexe 1 « Hospitalisation à l'étranger et assistance ».

1.6. A partir de quel moment la garantie est-elle acquise ?

La garantie est acquise à partir de la date indiquée aux conditions particulières, pour autant que la première prime soit payée dans les délais imposés et que le *délai d'attente* éventuel soit écoulé.

Délai d'attente

Il n'y a pas de délai d'attente.

1.7. Comment les enfants sont-ils assurés ?

Les nouveau-nés sont assurés sans réserve ni formalités médicales à partir de leur naissance pour autant :

- qu'un des parents est assuré depuis au moins 6 mois dans le contrat ;

et

- que la demande est introduite auprès de nos services endéans les 3 mois à compter de la naissance.

Dès qu'il atteint l'âge de 20 ans, l'enfant est considéré comme adulte. La prime du contrat est adaptée en conséquence. Cette adaptation s'effectue à l'échéance anniversaire la plus proche de la date d'anniversaire. Toutefois, les enfants peuvent rester assurés dans le contrat des parents jusqu'à l'âge de 25 ans. A partir de cet âge, ils seront assurés individuellement sans formalités médicales sur la base des conditions en vigueur à ce moment.

2. VOS OBLIGATIONS

La loi belge est applicable au présent contrat et notamment celle du 4 avril 2014 relative aux assurances. Il y a deux autorités de contrôle, chacune ayant ses propres compétences : la FSMA [Autorité des services et marchés financiers] et la BNB [Banque nationale de Belgique].

2.1. Les communications à la compagnie

Que devez-vous déclarer ?

• A la conclusion du contrat

Toutes les circonstances dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque.

A cet effet, vous devez nous faire parvenir la proposition d'assurance avec questionnaire médical, dûment complétée et signée.

Les frais de collecte des informations demandées [par exemple auprès de votre médecin] ne sont pas à la charge d'AG. Conformément à notre politique d'acceptation médicale nous nous réservons le droit de refuser la garantie, de fixer une surprime ou d'exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical vous sont communiquées par écrit et reprises dans les conditions particulières. Pour être assuré vous devez nous renvoyer un exemplaire de la lettre datée et signée pour accord.

• En cours de contrat

Vous devez nous déclarer par écrit ou par voie électronique, dans les 30 jours, les éléments suivants :

- pour vous-même ou pour un autre assuré, tout déplacement de domicile ou toute résidence de plus de 90 jours en dehors de la Belgique ;
- le fait pour vous-même ou pour un autre assuré de cesser d'être soumis à la législation belge en matière de Sécurité sociale ;
- toute souscription de contrat d'assurance qui prévoit une garantie semblable.

Dans les 30 jours de la réception de cette déclaration, nous proposons une adaptation du contrat, avec effet rétroactif au jour de la circonstance nouvelle. Si, à la suite de ces circonstances nouvelles vous ne répondez plus aux conditions d'assurabilité du risque, nous nous réservons le droit de résilier le contrat.

Si ces éléments ne nous sont pas communiqués et si un sinistre survient, nous pouvons réduire nos prestations à concurrence du préjudice subi. Si par ailleurs nous prouvons l'intention frauduleuse, nous pouvons refuser tout remboursement.

• Droit de continuation lorsque l'on quitte le contrat familial

Si un *assuré secondaire* quitte le contrat, vous devez nous informer dans les 30 jours, par écrit ou par voie électronique, du moment où l'assuré secondaire quitte le contrat ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci. Sur base de ces données, nous soumettons dans les 30 jours une offre d'assurance à l'assuré. Si l'offre est acceptée par écrit ou par voie électronique dans un délai de 60 jours à dater de la réception, le contrat sera continué sans formalités médicales, avec effet au moment où l'assuré secondaire a quitté le contrat familial. Ce droit de continuation s'éteint à l'expiration du délai de 60 jours. Il n'est pas accordé en cas de non-paiement de la prime ni en cas de fraude ou tentative de fraude.

2.2. Le paiement de la prime

La prime, augmentée des taxes et cotisations, est payable par anticipation et doit être acquittée dans les 30 jours qui suivent l'échéance.

A chaque échéance anniversaire, la prime peut être indexée.

En cas de non-paiement de la prime dans le délai repris ci-dessus, nous vous adressons, par lettre recommandée, une mise en demeure.

En cas de non-paiement des montants dus à l'échéance, une indemnité forfaitaire équivalente à la somme de 12,50 EUR [indice 111,31, août 2009 - base 2004 = 100] vous sera réclamée, de plein droit et sans mise en demeure. Par dérogation aux dispositions des présentes conditions générales relatives à l'*indexation*, cette indemnité varie annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sur base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 EUR.

A défaut de paiement de la prime dans les 15 jours à compter du lendemain de l'envoi de cette mise en demeure, le contrat est résilié de plein droit. La résiliation s'applique tant pour l'hospitalisation en cours que pour les soins ambulatoires.

3. LES SINISTRES

3.1. Que faire en cas de sinistre ?

Il y a lieu de déclarer le sinistre, aussi rapidement que possible, à l'aide des moyens de communication en ligne ou des formulaires prévus à cet effet. Vous pouvez également obtenir des renseignements à ce sujet en nous contactant via notre Care line au 02 664 10 30.

Si vous avez souscrit la garantie MEDI-ASSISTANCE vous bénéficiez le cas échéant du tiers-payant avec l'hôpital.

A cet effet vous demandez le tiers-payant en ligne via notre site web www.ag.be/hospi ou vous téléphonez au service center MEDI-ASSISTANCE. Si nécessaire nous vous recontacterons pour des informations complémentaires. L'acceptation du sinistre vous sera confirmée par écrit ou par voie électronique. Il y a lieu de remettre le double de la lettre de confirmation, signée, à l'hôpital lors de l'admission.

Le déroulement administratif de l'hospitalisation se fait entre AG et l'hôpital. L'hôpital ne demande pas d'acompte et la facture est réglée directement par nos soins. Seul le paiement du montant forfaitaire mentionné dans la lettre de confirmation, pourrait être demandé lors de l'admission.

Les frais non couverts (tels que frais de confort,...) seront récupérés. Cette dernière mesure s'applique également s'il est constaté par la suite que les frais d'hospitalisation sont en rapport avec une exclusion contractuelle ou un risque non couvert. A cet égard, en cas de non-paiement à l'échéance des montants à récupérer par AG, une indemnité forfaitaire équivalente à la somme de 12,50 EUR (indice 111,31, août 2009 - base 2004 = 100) vous sera réclamée, de plein droit et sans mise en demeure. Par dérogation aux dispositions des présentes conditions générales relatives à l'indexation, cette indemnité varie annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation sur base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 EUR.

3.2. Les conditions d'indemnisation

Vous devez nous fournir tous les renseignements nous permettant d'établir le droit aux prestations.

A cet effet, vous vous engagez à demander à vos médecins traitants toutes les informations concernant votre état de santé, que vous communiquez dès réception à notre médecin conseil.

Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations qui nous sont faites et les réponses fournies à nos demandes de renseignements.

Notre médecin-conseil peut vous demander de passer un examen médical auprès d'un médecin qu'il désigne. Les frais de cet examen sont à notre charge. Sauf si vous bénéficiez du règlement direct de la facture par AG à l'hôpital, nous vous payons les sommes dues au plus tard dans les 30 jours suivant la remise des pièces justificatives, pour autant que nous disposions d'un dossier complet.

Par le fait du remboursement, tous vos droits et actions contre l'hôpital ou le prestataire de soins nous sont transférés dans la limite des frais payés.

3.3. Les contestations d'ordre médical

Toute contestation d'une décision prise par AG devra nous être confirmée par écrit dans les 30 jours suivant la signification de ladite décision. Toute contestation d'ordre médical est soumise à deux experts nommés et dûment mandatés, l'un par vous-même, l'autre par nos soins.

Faute d'accord, les experts en choisissent un troisième. Ils statueront de commun accord. A défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Faute d'entente sur la désignation du troisième expert, le choix est fait par le Président du Tribunal de Première Instance de votre domicile, à la demande de la partie la plus diligente. La décision de ce troisième expert est irrévocable.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

3.4. Quel recours avons-nous contre les tiers responsables ?

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par nos soins, nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre les tiers responsables du dommage et ou toute personne tenue d'intervenir en vertu de l'article 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automobiles.

Vous ne pouvez, dès lors, renoncer à un quelconque recours sans notre accord préalable.

4. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

4.1. La durée du contrat

Sauf convention contraire à la demande expresse du preneur d'assurance et s'il y va de son intérêt, le contrat est conclu à vie.

4.2. Modifications du tarif et des conditions

Conformément à la législation applicable, l'autorité de contrôle compétente peut exiger que l'assureur adapte les primes et/ou les conditions si le tarif, malgré l'indexation de la prime, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes. Dans ce cas, nous adaptons le contrat après notification, à l'échéance anniversaire suivante. Vous pouvez toutefois résilier le contrat dans les 3 mois de cette notification.

Nous nous réservons également le droit d'adapter la prime pour les services complémentaires qui sont offerts dans le cadre de MEDI-ASSISTANCE lorsque le tarif des prestations est revu par le prestataire d'assurance.

4.3. Dans quels cas le contrat peut-il être résilié ?

Vous pouvez résilier le contrat chaque année, soit à la date anniversaire de la prise en cours, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime par lettre recommandée déposée à la poste au moins 3 mois avant cette date.

Nous pouvons résilier le contrat dans les cas suivants :

- en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles lors de la souscription du contrat ; dans ce cas nous proposons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous pouvons résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance nous pouvons également résilier le contrat dans les quinze jours.

- en cas de non-paiement de la prime, selon les modalités prévues au chapitre 2 point 2.2. ci-dessus ;
- en cas de fraude ou tentative de fraude.

En cas de résiliation du contrat, tant de votre part que de la nôtre, nos remboursements se limitent à la période couverte. La résiliation du contrat nous libère de toute obligation.

4.4. La correspondance entre parties

Pour être valables, les communications et notifications destinées à AG doivent être faites à son siège social en Belgique ou à l'adresse qu'AG aurait ultérieurement notifiée.

Celles qui vous sont destinées sont valablement faites, même à l'égard d'héritiers ou ayants cause, à votre adresse indiquée aux conditions particulières ou à toute autre adresse, éventuellement électronique, qui nous aurait été ultérieurement communiquée.

Les échanges entre vous et AG peuvent avoir lieu dans l'une des langues nationales, indépendamment de la langue dans laquelle votre contrat a été conclu.

4.5. Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel du preneur et/ou de l'assuré et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par AG Insurance [en abrégé AG] SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 [ci-après, « AG »], en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement [UE] 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG sur le site web www.aginsurance.be.

Finalités du traitement

Ces données sont traitées pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG et en particulier pour :

- la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle, et ce sur base de l'exécution du contrat ;
- réaliser toute finalité imposée à AG par une disposition légale, réglementaire ou administrative, et ce sur base de cette disposition comme notamment toute obligation de retenues [para]fiscales ;
- l'analyse des données, l'établissement de statistiques, de modèles et de profils, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques d'AG, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus [par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.], le développement de nouveaux produits, la prospection ainsi que, le cas échéant, le profilage et la prise de décisions sur base d'un profil pour les finalités mentionnées ci-avant, et ce sur base de l'intérêt légitime d'AG.

Dans certains cas, ces finalités de traitement peuvent être basées sur le consentement de la personne concernée.

Catégories de données à caractère personnel traitées et destinataires possibles

AG peut traiter les catégories de données à caractère personnel suivantes : données d'identification et de contact, données financières, caractéristiques personnelles, données relatives à la santé, à la profession et à l'emploi, aux habitudes de vie, à la composition du ménage, aux situations à risque et aux comportements à risque, données judiciaires.

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, AG peut communiquer ces données à caractère personnel à d'autres entreprises d'assurance intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. En outre, AG peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

AG est susceptible de transmettre les données à caractère personnel en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG protège toutefois les données en renforçant davantage la sécurité informatique et en exigeant contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à AG, cette dernière veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît qu'AG ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

Droits de la personne concernée

Dans les limites de la loi :

- la personne concernée a le droit de prendre connaissance de ses données, le cas échéant, de les faire rectifier, et d'en demander la communication à des tiers ;
- la personne concernée a le droit de s'opposer au traitement de ses données, de demander la limitation du traitement de ses données et de demander la suppression de ses données. Dans ces cas, il est possible qu'AG ne puisse pas exécuter la relation contractuelle.

À cette fin, la personne concernée peut adresser une demande datée et signée au Data Protection Officer (« DPO ») d'AG, accompagnée d'un document d'identification ou d'un autre moyen d'identification.

Les demandes d'intervention du Data Protection Officer d'AG sont à envoyer aux adresses suivantes :

Par courrier: AG – Data Protection Officer
Boulevard Emile Jacqmain 53,
1000 Bruxelles

Ou par e-mail: AG_DPO@aginsurance.be

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations relatives à la manière dont AG protège les données à caractère personnel et à l'exercice des droits des personnes concernées se trouvent dans la Notice Vie Privée d'AG, disponible sur www.aginsurance.be.

LEXIQUE

Les mots suivants apparaissent dans votre contrat. Que signifient-ils précisément ?

1) Dans le cadre du contrat

Nous

AG Insurance [en abrégé AG] SA inscrit au Registre des personnes morales sous le numéro 0404.494.849 - établi à 1000 Bruxelles, Boulevard E. Jacquain 53 - compagnie d'assurance agréée sous le numéro de code 0079, sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd. de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles.

Vous

L'assuré principal et les assurés secondaires.

L'assuré principal

La personne qui souscrit le contrat [preneur d'assurance].

L'assuré secondaire

Les membres de la famille assurés.

L'assuré

La personne nommément désignée en cette qualité aux conditions particulières.

Prestataire d'assistance

Touring SA, 4 Avenue Roi Albert II boîte 12, 1000 Bruxelles, RPR Bruxelles TVA BE 0403.471.401. Il agit en tant que prestataire de services pour le compte d'AG. Il reçoit les appels, organise l'assistance et rembourse les frais prévus par les garanties.

Année d'assurance

La période de 12 mois débutant à l'échéance anniversaire qui est mentionnée aux conditions particulières. Cette période se renouvelle automatiquement par le simple fait du paiement de la prime.

2) Dans le cadre de la garantie

Accident

L'événement soudain et involontaire qui produit une lésion corporelle à l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de celui-ci.

Acte notoirement téméraire

Tout acte volontaire ou négligence exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

Alcoolisme

La consommation exagérée d'alcool qui entraîne certaines maladies [telles que la déficience vitaminique, l'infection des muqueuses de l'estomac, des conséquences neurologiques et nerveuses, des affections hépatiques, ...] sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

Appareil orthopédique

L'appareil destiné à corriger les difformités du corps.

Critère

Un montant qui prend en compte les suppléments maximum [d'honoraires et de chambre] applicables par les hôpitaux en Belgique en cas d'hospitalisation en chambre privée. Ce critère est déposé auprès d'un notaire dont les coordonnées peuvent être obtenues sur simple demande auprès de nos services.

Vous avez la possibilité de faire vérifier l'application correcte du critère auprès de ce notaire. Il suffit de nous transmettre par écrit votre demande en mentionnant l'hôpital pour lequel l'application du critère doit être vérifiée. Nous ferons

parvenir votre demande au notaire, qui vous fournira directement sa réponse. La quote-part de 50 % applicable le cas échéant lors d'un séjour en chambre privée d'un hôpital universitaire, peut être rachetée moyennant la souscription d'une option spéciale avec surprime correspondante lors de la conclusion du contrat. Cette option figure dans ce cas aux conditions particulières.

La liste des hôpitaux qui répondent ou non au critère est susceptible d'être annuellement modifiée. Via l'avis d'échéance, vous serez averti de l'endroit où vous pourrez consulter la version la plus récente de cette liste.

Cette nouvelle liste ne s'applique qu'aux hospitalisations qui ont pris cours à partir de la date de validité mentionnée sur la liste.

En cas de doute cette information peut être obtenue à tout moment auprès de nos services.

La version la plus récente de cette liste peut être consultée sur notre site internet www.aginsurance.be/liste-hopitaux.

Délai d'attente

La période débutant à la date de prise en cours de la garantie mentionnée aux conditions particulières. La garantie ne couvre pas les hospitalisations débutant pendant cette période.

Etat palliatif

Etat d'une personne qui se trouve en phase terminale de la maladie.

Forfait de soins palliatifs à domicile

Intervention forfaitaire de la Sécurité sociale pour les soins palliatifs telle que prévue dans l'Arrêté Royal du 2 décembre 1999.

Cette intervention est destinée aux patients dont le décès est prévu dans un délai relativement court et qui ont choisi de mourir à domicile. Le droit à cette intervention est obtenu sur simple attestation médicale du médecin traitant.

Frais de séjour

Le montant comprend :

- le prix de la journée d'entretien ;
- le supplément facturé pour le séjour en chambre particulière normale ou à deux lits ;
- le forfait journalier pour les médicaments.

Frais de transport approprié

- les frais de transport en cas d'hospitalisation d'urgence en ambulance ainsi que le transfert vers un autre hôpital ;
- les frais de transport par hélicoptère pour autant qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé et ceci uniquement en cas d'accident.

Franchise

La partie des frais remboursables qui reste à votre charge. Elle est fixée aux conditions particulières. A chaque échéance anniversaire la franchise peut être indexée.

Elle est appliquée par année d'assurance et par assuré.

Dans le cas où plusieurs membres d'une même famille assurés par le même contrat sont hospitalisés simultanément suite à un accident, nous déduisons une seule franchise pour l'ensemble de la famille.

Dans le cas particulier d'une hospitalisation continue qui chevauche deux années d'assurance, la franchise n'est déduite qu'une seule fois.

En d'autres termes l'hospitalisation est imputée sur l'année d'assurance précédente pour l'application de la franchise. La franchise n'est pas appliquée pour la garantie complémentaire « Maladies graves ».

Hôpital

L'établissement public ou privé, légalement reconnu comme hôpital. Ne sont pas considérés comme hôpitaux :

- les hôpitaux ou parties d'hôpitaux titulaires de l'agrément spéciale comme maison de repos et de soins ;
- les maisons de soins psychiatriques ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements destinés aux cures, telles que cures de thermalisme, de thalassothérapie, d'hygiéno-diététique ou de désintoxication alcoolique ou médicamenteuse ;

- les maisons de repos ou autres établissements destinés à l'hébergement des personnes âgées, des convalescents ou des enfants ;
- les habitations protégées.

Hôpital universitaire

Hôpital dont le nombre de lits universitaires représente plus de 50 % de la capacité totale.

Hospitalisation

Tout séjour dans un hôpital, pour autant que ce dernier ait porté en compte au moins une nuit d'hospitalisation ou que l'intervention médicale pratiquée ait donné lieu à une intervention légale sur la base du mini-forfait, du maxi-forfait, du forfait d'hôpital de jour, du forfait douleur chronique ou d'un autre forfait assimilable à celui-ci (hospitalisation de jour), à l'exclusion du forfait salle de plâtre. N'est pas considéré comme une hospitalisation au sens du présent contrat tout séjour dont le caractère nécessaire n'est pas médicalement motivé par un traitement, tel le séjour qui a pour but principal la garde ou l'assistance de l'assuré.

Indexation

Conformément aux dispositions légales applicables, les primes et/ou les franchises et/ou les prestations peuvent être adaptées à chaque échéance anniversaire à l'évolution annuelle positive de l'indice des prix à la consommation du mois de juin.

En outre, à chaque échéance anniversaire, la prime et/ou la franchise et/ou les prestations de chaque assuré peuvent être adaptées à l'évolution de l'indice médical spécifique correspondant à la classe d'âge à laquelle l'assuré appartient au moment de l'échéance anniversaire, si et dans la mesure où l'évolution de cet indice médical spécifique dépasse celle de l'indice des prix à la consommation du mois de juin.

Conformément aux dispositions légales, les classes d'âge prises en considération sont :

- de 0 à 19 ans
- de 20 à 34 ans
- de 35 à 49 ans
- de 50 à 64 ans
- 65 ans et plus

Pour déterminer la classe d'âge à laquelle l'assuré appartient au moment de l'échéance anniversaire, il est tenu compte d'un âge arrondi. Toute fraction d'année inférieure à 6 mois est négligée. Toute fraction égale ou supérieure à 6 mois est considérée comme une année entière.

Pour l'application de l'indexation, ce contrat d'assurance est rattaché à la garantie 'chambre particulière'.

Les indices médicaux spécifiques sont publiés au moniteur belge le premier jour ouvrable du mois de juillet de chaque année et peuvent être consultés sur le site du SPF Economie et de la FSMA.

Vous serez informé de cette adaptation par le biais de votre avis d'échéance.

Intervention légale

Le remboursement des frais médicaux et autres prévus par la législation belge ou par une convention qui la remplace, notamment :

1. Législation applicable aux travailleurs salariés :
 - la législation en matière d'assurance maladie et invalidité ;
 - la législation en matière d'accidents du travail ;
 - la législation en matière de maladies professionnelles.
2. Législation applicable aux indépendants :
 - la législation en matière d'assurance obligatoire maladie ;
3. Conventions relatives à la sécurité sociale des travailleurs salariés liant la Belgique à certains pays étrangers.

Maladie

Toute altération de la santé physique ou mentale d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

Médicament

Produit vendu en pharmacie ou officine pharmaceutique, prescrit par un médecin, reconnu comme tel et autorisé en Belgique.

Prothèse

Tout appareillage destiné à réduire le handicap des pertes anatomiques ou fonctionnelles, résultant d'une intervention chirurgicale, d'une lésion neurologique ou traumatique.

L'implant est assimilé à la prothèse.

Sinistre causé intentionnellement

Un sinistre a été causé intentionnellement lorsque l'assuré a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

Soins ambulatoires

Les soins médicaux prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation, et qui sont repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire [A.M.I.].

Soins palliatifs

Le traitement de personnes se trouvant en phase terminale. Il vise les besoins physiques et psychiques du patient dans le but de lui garantir une certaine qualité de vie.

Traitement

L'ensemble des moyens thérapeutiques prescrits par un médecin et employés dans le but de fixer un diagnostic médical, de guérir ou stabiliser l'état de santé et de lutter contre la douleur.

ANNEXE 1 - HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER ET ASSISTANCE

Pour cette garantie nous faisons appel à notre prestataire d'assurance. Elle est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent. Cette garantie s'applique uniquement à l'étranger.

1) Accident

L'événement soudain, indépendant de la volonté de l'assuré, qui entraîne une lésion corporelle ou des blessures constatées par une autorité médicale compétente et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Assurés

Les personnes mentionnées dans les conditions particulières du contrat souscrit.

Autorité médicale compétente

Le praticien de l'art médical reconnu par la législation belge ou par la législation en vigueur du pays concerné.

Evacuation sanitaire

Le transport vers un centre de soins belge ou étranger, d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier).

Une évacuation sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité de traitement adapté sur place.

Frais d'hôtel

Il s'agit des frais de chambre et de petit-déjeuner.

Incident médical

La maladie ou l'accident corporel survenant à l'assuré.

Maladie

La dégradation de l'état de santé physique ou mentale constatée par une autorité médicale et comportant des symptômes objectifs ; cette dégradation ne peut être imputable à un accident corporel.

Rapatriement

Retour des assurés au domicile légal en Belgique.

2) Assistance aux personnes

Les prestations d'assistance en cas d'incident médical sont accordées suite à une maladie ou un accident corporel survenus à l'assuré.

1. Frais de sauvetage

Suite à un incident médical, le prestataire d'assurance rembourse les frais de recherche et de sauvetage exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un assuré à concurrence de la contre-valeur de 5.000 EUR par sinistre à condition que le sauvetage résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours.

L'événement doit impérativement être signalé au prestataire d'assurance dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

2. Assistance médicale

En cas d'incident médical survenant à un assuré, l'équipe médicale du prestataire d'assurance se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré. A la demande de l'assuré, le prestataire d'assurance organise la communication entre le médecin traitant à l'étranger et le médecin de famille. Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

3. Envoi d'un médecin sur place

Suite à un incident médical et si l'équipe médicale du prestataire d'assurance l'estime nécessaire, le prestataire d'assurance mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

4. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'assuré est hospitalisé à la suite d'un incident médical et que l'équipe médicale du prestataire d'assurance juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son domicile en Belgique, le prestataire d'assurance organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- chemin de fer [1^{ère} classe] ;
- véhicule sanitaire léger ;
- ambulance ;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire ;
- avion sanitaire ;

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin du prestataire d'assurance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin du prestataire d'assurance doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport. Le prestataire d'assurance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque le prestataire d'assurance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

5. Remboursement des frais médicaux suite à un incident médical à l'étranger

Le prestataire d'assurance prend en charge les frais consécutifs à des soins reçus à l'étranger, à la suite d'un incident médical après épuisement des prestations garanties par tout tiers payeur.

Cette garantie comprend :

- les honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- les médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien local, sous réserve de l'application du plafond global prévu à l'article 1.2. pour les médicaments pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale ;
- les frais d'hospitalisation pour autant que l'assuré soit jugé intransportable par les médecins du prestataire d'assurance ;
- les frais de transport en ambulance ordonné par un médecin pour un trajet local.

Ne sont pas remboursés

- les interventions à caractère esthétique ;
- les frais médicaux exposés en Belgique, même s'ils sont la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenus à l'étranger ;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales ;
- les traitements qui ne sont pas reconnus par la Sécurité sociale belge ;
- l'achat et la réparation de prothèses en général y compris lunettes, verres de contact, etc à l'exception des prothèses nécessitées par l'hospitalisation à l'étranger ;
- le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou dans un état analogue résultant de produits autres que des boissons alcoolisées ou accompli un acte notoirement téméraire, un pari ou un défi ;
- les frais résultant de toute demande d'assistance non formulée au moment des faits.

Conditions de prise en charge des frais médicaux

- A. L'hospitalisation à l'étranger doit présenter un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu avec la Mutuelle.
- B. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ou prises en charge obtenus par l'assuré ou ses ayants droit auprès de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié.
- C. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement s'effectuent selon le barème légal. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement suivant le barème privé ne s'effectuent que si les circonstances ou l'état médical du patient l'imposent et moyennant l'accord préalable du service médical du prestataire d'assurance.
- D. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales auprès de la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, le prestataire d'assurance n'intervient en remboursement, qu'à concurrence de 50 %.

Modalités de paiement des frais médicaux

En cas d'hospitalisation à l'étranger le prestataire d'assurance fait l'avance des frais médicaux. Dans ce cas, l'assuré s'engage dans un délai de deux mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié et à reverser au prestataire d'assurance le montant des sommes ainsi obtenues.

Si l'assuré a lui-même exposé les frais, le paiement complémentaire de ceux-ci est effectué par le prestataire d'assurance à l'assuré à son retour en Belgique, après recours aux organismes prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

6. Envoi de médicaments, prothèses et lunettes

Lorsque, suite à un incident médical, l'assuré se trouve dépourvu de médicaments, prothèses ou lunettes indispensables dont le semblable ou l'équivalent ne peut être trouvé sur place mais bien en Belgique, le prestataire d'assurance organise et prend en charge leur recherche, leur expédition et leur mise à disposition sur prescription d'une autorité médicale compétente et après accord de son service médical. Leurs frais d'achat, majorés des frais éventuels de dédouanement, sont à charge de l'assuré, sauf si ces frais sont compris dans la garantie du contrat tel que prévu au point ci-dessus.

7. Frais de rapatriement des autres assurés en cas d'évacuation sanitaire ou décès d'un assuré à l'étranger

En cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un assuré à l'étranger, le prestataire d'assurance organise et prend en charge, jusqu'à leur domicile en Belgique, le retour anticipé des autres assurés.

Ce retour s'effectuera par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

L'intervention se fait aussi bien pour les assurés accompagnants, que pour les personnes accompagnantes couvertes par un autre contrat AG Care.

Cette garantie s'applique pour autant que les autres assurés ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour et rentrer en Belgique par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un chauffeur de remplacement.

Le prestataire d'assurance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque le prestataire d'assurance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement remettre dès son retour son titre de transport non utilisé au prestataire d'assurance qui en devient le propriétaire.

8. Visite à un assuré hospitalisé à l'étranger

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger suite à un incident médical et que les médecins mandatés par le prestataire d'assurance déconseillent son transport avant 5 jours, le prestataire d'assurance organise et prend en charge :

- soit le voyage (aller/retour) d'un membre de sa famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre auprès de l'assuré malade ou blessé.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne, seront pris en charge par le prestataire d'assurance à concurrence de 65 EUR maximum par jour, pendant 10 jours maximum, et moyennant présentation des justificatifs originaux.

- soit les frais de prolongation de séjour d'une personne accompagnant l'assuré, à concurrence du même montant et sous les mêmes conditions.

9. Rapatriement funéraire au cours d'un voyage

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, le prestataire d'assurance organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire ;
- les frais de mise en bière sur place ;
- les frais de cercueil à concurrence de 619,73 EUR maximum ;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation en Belgique.
Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation en Belgique ne sont pas pris en charge par le prestataire d'assurance.

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation sur place à l'étranger, le prestataire d'assurance organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées.

En outre, elle organise et prend en charge le voyage (aller/retour) d'un membre de la famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation.

Ce voyage se fait par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

En cas de crémation sur place à l'étranger avec cérémonie en Belgique, le prestataire d'assurance prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention du prestataire d'assurance est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif du prestataire d'assurance.

Le titre de transport initial non utilisé par l'assuré peut être demandé par le prestataire d'assurance qui en devient le propriétaire.

3] Notification d'une hospitalisation à l'étranger

En cas d'hospitalisation à l'étranger, la notification doit être faite dans les 24 heures au numéro de téléphone +32 (0)2 664 01 70 (24 h/24) du prestataire d'assurance.

ANNEXE 2 - MEDI-ASSISTANCE - SERVICES COMPLÉMENTAIRES PENDANT ET APRÈS L'HOSPITALISATION

La garantie MEDI-ASSISTANCE est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent.

1] Objet et étendue de l'assistance

Le prestataire d'assurance garantit, à concurrence des montants indiqués, un service d'assistance en cas d'hospitalisation en Belgique couverte par le présent contrat.

A la demande de l'assuré, les prestations fournies pourront être prolongées au-delà des limites garanties. Les frais afférents aux prolongations seront intégralement supportés par l'assuré.

Le service d'assistance est acquis en Belgique. Il s'effectue au domicile légal ou au domicile élu par l'assuré et mentionné aux conditions particulières.

2] Conditions d'octroi du service d'assistance

L'hospitalisation donnant lieu à l'octroi des services complémentaires doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration auprès du service center MEDI-ASSISTANCE par l'assuré ou un de ses proches en cas d'hospitalisation en urgence. Suite à cet entretien, l'assuré se met en rapport avec le prestataire d'assurance qui organise les prestations convenues. La demande d'accès aux services doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. A l'exception des services repris au point 3.3. ci-après, les prestations doivent avoir lieu avant l'expiration de la période post-hospitalisation garantie.

3] Assistance en Belgique

3.1. Pendant l'hospitalisation

3.1.1. Personne de confiance

Pendant l'hospitalisation le prestataire d'assurance organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous à concurrence de cinq prestations au total par hospitalisation d'une durée maximum de 4 heures chacune, à choisir entre :

Aide ménagère

Si un assuré doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans l'entretien de son domicile, le prestataire d'assurance organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.

Aide pour les enfants

Si un assuré, père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, le prestataire d'assurance organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

Garde des animaux domestiques

A la suite d'une hospitalisation couverte, le prestataire d'assurance organise et prend en charge la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

3.1.2. Transport

Transport à l'hôpital

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré doit se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, le prestataire d'assurance à la demande de l'assuré organise et prend en charge son transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, sous surveillance médicale si nécessaire.

Et si, à l'issue de l'hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, le prestataire d'assurance organise et prend en charge son retour au domicile.

Visite à l'assuré hospitalisé

A la suite d'une hospitalisation couverte, le prestataire d'assurance organise et prend en charge le transport aller/retour vers l'hôpital des parents, du(de la) conjoint(e) ou des enfants pour se rendre auprès de l'assuré. Pour l'ensemble des prestations de transports décrites ci-dessus, l'intervention du prestataire d'assurance est limitée à trois déplacements aller/retour par période d'hospitalisation et à 250 EUR maximum par année d'assurance.

3.2. Après l'hospitalisation

3.2.1. Personne de confiance

Après l'hospitalisation, le prestataire d'assurance organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous à concurrence de cinq prestations au total par hospitalisation d'une durée maximum de 4 heures chacune, à choisir entre :

Aide ménagère

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré est dans l'incapacité d'assumer seul l'entretien de son domicile, le prestataire d'assurance organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.

Livraison d'achats de première nécessité

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer et qu'aucune autre personne ne peut intervenir, le prestataire d'assurance organise la livraison des médicaments prescrits par ordonnance médicale et/ou les achats en épicerie de première nécessité. Les frais relatifs à l'achat même restent à charge de l'assuré.

Aide pour les enfants

Si un assuré, père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, le prestataire d'assurance organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

Garde des animaux domestiques

A la suite d'une hospitalisation couverte, le prestataire d'assistance organise et prend en charge, la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

Les soins post-natals

A l'issue de l'hospitalisation, le prestataire d'assurance organise et prend en charge les frais d'une sage-femme afin de fournir les soins post-natals à raison de 4 heures maximum par prestation.

Trajets des enfants

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré se trouve dans l'incapacité de conduire ses enfants, le prestataire d'assurance organise et prend en charge le transport aller/retour des enfants de moins de 16 ans vers l'école.

3.2.2. Transport de l'assuré

Si, suite à son hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, le prestataire d'assurance organise et prend en charge son transport aller/retour vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle. L'intervention du prestataire d'assurance est limitée à trois déplacements aller/retour par période d'hospitalisation et à 250 EUR maximum par année d'assurance.

3.3. Services complémentaires

Pendant toute l'année, l'assuré bénéficie des services suivants :

Assistance psychologique

Le prestataire d'assurance met à la disposition des assurés un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destiné à fournir un premier soutien psychologique « on line » et si nécessaire, l'oriente vers un organisme de support spécialisé.

A la demande de l'assuré, suite à tout problème privé ou professionnel, le prestataire d'assurance communique les coordonnées des associations d'entraide spécialisées dans le soutien psychologique.

Renseignements téléphoniques pour soins post-hospitalisation

A la demande de l'assuré, le prestataire d'assurance met à la disposition de l'assuré :

- les coordonnées d'organismes de soins paramédicaux ;
- les coordonnées de la pharmacie et du médecin de garde à contacter ;
- les coordonnées des organismes de soins à domicile ;
- les coordonnées des sociétés louant du matériel médical.

AG garantit les services décrits dans la présente annexe tant qu'ils sont proposés sur le marché belge et qu'elle trouve un prestataire qui réponde aux normes de qualité imposées par AG.