

# AMMA HOSPI-PLAN

## CONDITIONS GENERALES

AMMA ASSURANCES a.m.  
Association d'assurance mutuelle à cotisations fixes  
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)

agrée sous le code 0126  
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie, autres dommages, r.c. véhicules automoteurs et r.c. générale  
(A.R. des 04 et 13.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944  
statuts publiés au Moniteur Belge le 27.12.2011

[info@amma.be](mailto:info@amma.be)  
[www.amma.be](http://www.amma.be)

TABLE DES MATIERES

<b>ART. 1</b>	<b>GARANTIE HOSPITALISATION</b> .....	<b>7</b>
1.1.	COUVERTURE .....	7
1.2.	MONTANTS REMBOURSÉS .....	8
<b>ART. 2</b>	<b>GARANTIE PRÉ- &amp; POSTHOSPITALISATION</b> .....	<b>8</b>
2.1.	COUVERTURE .....	8
2.2.	MONTANTS REMBOURSÉS .....	9
<b>ART. 3</b>	<b>GARANTIE SOINS AMBULATOIRES – MALADIES GRAVES</b> .....	<b>9</b>
3.1.	COUVERTURE .....	9
3.2.	MONTANTS REMBOURSÉS : .....	10
<b>ART. 4</b>	<b>GARANTIE SOINS PALLIATIFS</b> .....	<b>10</b>
4.1.	COUVERTURE .....	10
4.2.	MONTANTS REMBOURSÉS .....	10
<b>ART. 5</b>	<b>ASSURABILITÉ</b> .....	<b>10</b>
<b>ART. 6</b>	<b>L’ADHÉSION</b> .....	<b>10</b>
<b>ART. 7</b>	<b>CRITÈRES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS</b> .....	<b>10</b>
<b>ART. 8</b>	<b>DÉLAIS D’ATTENTE</b> .....	<b>11</b>
8.1.	DÉLAIS D’ATTENTE PRÉVUS .....	11
8.2.	CAS DE NON-APPLICATION .....	11
<b>ART. 9</b>	<b>FRANCHISE</b> .....	<b>11</b>
<b>ART. 10</b>	<b>CALCUL DE L’INTERVENTION DE L’ASSUREUR</b> .....	<b>12</b>
<b>ART. 11</b>	<b>REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS</b> .....	<b>12</b>
<b>ART. 12</b>	<b>AVANCE</b> .....	<b>12</b>
<b>ART. 13</b>	<b>RISQUES EXCLUS</b> .....	<b>12</b>
13.1.	CAS DE NON-INTERVENTION.....	12
13.2.	EXCLUSIONS .....	13
<b>ART. 14</b>	<b>SANCTIONS</b> .....	<b>14</b>
<b>ART. 15</b>	<b>OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE</b> .....	<b>14</b>
<b>ART. 16</b>	<b>CONTESTATION ET EXPERTISE</b> .....	<b>15</b>
<b>ART. 17</b>	<b>CONVENTION AVEC DES TIERS</b> .....	<b>15</b>
<b>ART. 18</b>	<b>RECOURS CONTRE TIERS</b> .....	<b>15</b>
<b>ART. 19</b>	<b>COTISATION</b> .....	<b>15</b>
<b>ART. 20</b>	<b>PAIEMENT DE LA COTISATION</b> .....	<b>16</b>
<b>ART. 21</b>	<b>MODIFICATION DU TARIF ET/OU DES CONDITIONS D’ASSURANCE</b> .....	<b>16</b>
<b>ART. 22</b>	<b>ETENDUE TERRITORIALE</b> .....	<b>17</b>
<b>ART. 23</b>	<b>DURÉE</b> .....	<b>17</b>
<b>ART. 24</b>	<b>PRISE D’EFFET</b> .....	<b>17</b>

<b>ART. 25</b>	<b>FIN DU CONTRAT .....</b>	<b>17</b>
25.1.	RÉSILIATION PAR LE PRENEUR.....	17
25.2.	RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR.....	18
25.3.	DÉCÈS.....	18
<b>ART. 26</b>	<b>FIN DES PRESTATIONS ASSURÉES .....</b>	<b>18</b>
<b>ART. 27</b>	<b>MODIFICATIONS DANS LA COMPOSITION DE LA FAMILLE ASSURÉE.....</b>	<b>18</b>
<b>ART. 28</b>	<b>OBLIGATIONS DE DÉCLARATION.....</b>	<b>18</b>
<b>ART. 29</b>	<b>PRESCRIPTION .....</b>	<b>19</b>
<b>ART. 30</b>	<b>DOMICILIATION .....</b>	<b>19</b>
<b>ART. 31</b>	<b>TRIBUNAUX COMPÉTENTS.....</b>	<b>19</b>
<b>ART. 32</b>	<b>PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE .....</b>	<b>19</b>
<b>ART. 33</b>	<b>BASES SUR LESQUELLES LE CONTRAT EST ÉTABLI .....</b>	<b>19</b>
<b>ART. 34</b>	<b>PLAINTES .....</b>	<b>19</b>
<b>ANNEXE AUX CONDITIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT D'ASSURANCE AMMA HOSPI-PLAN .....</b>		<b>20</b>
<b>ASSISTANCE HOSPITALISATION A L'ETRANGER.....</b>		<b>20</b>
<b>ART. 1</b>	<b>ASSISTANCE À L'ASSURÉ .....</b>	<b>20</b>
1.1.	PREMIERS SECOURS ET APPEL À L'ASSISTANCE .....	20
1.2.	OBLIGATION D'ASSISTANCE, DÉCISION ET RESPONSABILITÉ .....	20
1.3.	PRÉSENCE AU CHEVET DE L'ASSURÉ HOSPITALISÉ .....	21
1.4.	PROLONGATION DE SÉJOUR À L'ÉTRANGER .....	21
1.5.	EN CAS DE DÉCÈS .....	21
1.6.	FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER.....	21
1.7.	ENVOI DE MÉDICAMENTS À L'ÉTRANGER.....	22
<b>ART. 2</b>	<b>ASSISTANCE AUX MEMBRES ACCOMPAGNANT DE LA FAMILLE ASSURÉE .....</b>	<b>22</b>
<b>ART. 3</b>	<b>TRANSPORT DES BAGAGES ET ANIMAUX DE COMPAGNIE.....</b>	<b>22</b>

## DEFINITIONS-LEXIQUE

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

- Accident :** un événement soudain portant atteinte à l'intégrité physique de l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à son organisme.
- Assuré :** la personne, indiquée aux conditions particulières, sur qui repose le risque et bénéficiaire du contrat, sauf dérogation prévue dans la police ou autrement.
- Année d'assurance :** la période de 12 mois à compter de la date d'échéance annuelle et qui reste inchangée nonobstant tout ajout ou modification quelconque.  
Si la prise en cours d'un contrat souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle, la première année d'assurance est composée du nombre de mois s'étalant entre la prise d'effet et la date d'échéance annuelle.
- Appareil orthopédique :** un appareil destiné à prévenir ou corriger les difformités du corps.
- Assureur :** AMMA Assurances, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Rue de la Régence 52, reconnu sous le numéro 0126.
- Bénéficiaire :** la personne à qui les prestations sont dues en vertu du contrat.
- Délai d'attente :** la période prenant cours à la date d'effet, pendant laquelle aucun remboursement n'est dû par l'assureur.
- Etablissement hospitalier :** un établissement légalement reconnu comme un hôpital, où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception :  
– des établissements psychiatriques fermés;  
– des établissements médico-pédagogiques;  
– des établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées, convalescentes ou d'enfants;  
– des maisons de repos ;  
– des établissements ou services hospitaliers ayant reçu « l'agrément spéciale comme maisons de repos et de soins » ou délivrant des soins palliatifs.
- Frais de séjour :** Ce montant comprend :  
– le prix de la journée d'entretien ;  
– le supplément facturé dans les limites autorisées légales, pour le séjour en chambre commune, à deux lits ou en chambre particulière, dans la gamme des chambres proposés par l'hôpital concerné ;  
– le forfait journalier des médicaments.
- Frais de soins post-natals :** les frais facturés par une institution de soins post-natals pour les soins qui sont fournis à domicile par le prestataire de soins

habilité à la mère, au nouveau-né et à la famille après un accouchement à domicile ou un accouchement à l'hôpital de courte durée.

**Franchise :** la partie des frais remboursables restant à charge de l'assuré par année d'assurance et précisée dans les conditions générales et/ou particulières.

**Hospitalisation :** tout séjour dans un établissement hospitalier.  
Pour donner droit à l'intervention de l'assureur, ce séjour doit :  
– soit entraîner la facturation d'un jour complet pour observation ou intervention chirurgicale ;  
– soit entraîner la facturation d'un mini ou maxi forfait ou d'un forfait A, B, C, D (hospitalisation de jour);

**Institution spécialisée et reconnue pour les traitements palliatifs :** tout centre d'hébergement destiné au séjour des personnes dont l'état de santé nécessite un traitement palliatif imposant une observation, une surveillance et une continuité.

**Intervention complémentaire :** les remboursements perçus en vertu de toute autre assurance à caractère indemnitaire, souscrite dans le même but ou dans le but d'interventions similaires.

**Intervention légale :**

a) pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par la législation belge applicable au régime des travailleurs salariés, c'est-à-dire :

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

b) pour les frais exposés dans un pays étranger : tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la législation belge applicable au régime des travailleurs salariés.

**Maladie :** toute altération de la santé de l'assuré qui n'est pas la conséquence d'un accident et qui présente des symptômes objectifs rendant le diagnostic médical indiscutable.

**Médecin :** docteur en médecine, membre de l'ordre des médecins de Belgique; à l'étranger, légalement reconnu comme médecin.

**Médicament :** Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin et enregistré comme tel par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

**Matériel endoscopique et de**

<b>Viscérosynthèse :</b>	<p>Tout instrument, appareil, équipement, toute matière ou tout article, utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans le bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé exclusivement chez l'homme et principalement à des fins :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap;</li><li>- d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique et dont l'action principale voulue sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, chimiques ou immunologiques ni métabolisme.</li></ul> <p>Le matériel endoscopique ou de viscérosynthèse pénètre, durant la période voulue, partiellement ou totalement à l'intérieur du corps, soit par une intervention chirurgicale, soit par un orifice naturel du corps, soit à travers la surface du corps.</p>
<b>Preneur :</b>	la personne physique ou morale qui souscrit le contrat.
<b>Prothèse :</b>	un appareil qui remplace, totalement ou partiellement, la fonction d'un organe ou d'un membre.
<b>Sinistre :</b>	tout événement donnant lieu à la garantie du contrat.
<b>Soins ambulatoires :</b>	les soins médicaux prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation.
<b>Soins palliatifs :</b>	le traitement de personnes se trouvant en phase terminale d'une ou plusieurs affections irréversibles au pronostic fatal. Ils atténuent les symptômes d'une affection et visent les besoins physiques et psychiques du patient afin de lui garantir une certaine qualité de vie.
<b>Traitement :</b>	l'ensemble de moyens médicaux, thérapeutiques, infirmiers et paramédicaux prescrits par un médecin et utilisés dans le but de guérir, rétablir ou de stabiliser l'état de santé.

## **Art. 1 Garantie Hospitalisation**

### **1.1. Couverture**

Lorsqu'un assuré est hospitalisé suite à un accident, une maladie, une grossesse ou un accouchement, la couverture « hospitalisation » garantit dans les limites fixées dans les conditions générales et/ou particulières, le remboursement des frais suivants, occasionnés au cours de son hospitalisation, en vue de poser un diagnostic ou en vue de subir un traitement et ayant un lien direct avec les causes de l'hospitalisation.

L'assuré dispose du libre choix de l'hôpital.

Les frais suivants sont remboursés :

- a) les frais de séjour (y compris l'hospitalisation de jour)
- b) les frais d'honoraires médicaux
- c) les frais d'examens
- d) les frais de traitement
- e) les frais de médicaments
- f) les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques pour autant que ces soins soient en rapport direct avec le sinistre et soient prescrits par un médecin
- g) les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie pour autant que ces traitements soient prescrits par un médecin
- h) le matériel médical, tel que le matériel endoscopique et de viscérosynthèse
- i) les frais de location d'appareils médicaux tels que : appareil aérosol, chaise roulante, matelas anti-escarres (les cautions ne sont pas remboursées)
- j) l'achat du matériel médical repris sur la liste exhaustive suivante : un thermomètre, une attelle, une paire de bas à varices, une minerve, les bandages et fils, une herniaire, les bandages de pression pour les grands brûlés
- k) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez l'assuré;
- l) les frais de soins post-nataux
- m) les frais relatifs au test de la mort subite à concurrence d'une seule fois
- n) les frais relatifs à l'extraction des dents de sagesse sous anesthésie générale dans un établissement hospitalier
- o) les frais de séjour d'un parent d'un enfant hospitalisé de moins de 14 ans pour autant qu'ils soient couverts par la présente assurance et pendant maximum 10 jours
- p) les frais de séjour d'un conjoint ou d'un cohabitant d'un assuré hospitalisé, pour autant qu'ils soient couverts par la présente assurance et pendant maximum 10 jours
- q) les frais d'honoraires médicaux relatifs à l'examen néonatal pour autant qu'ils soient repris dans la facture de l'hospitalisation suite à l'accouchement
- r) les frais de morgue (si mentionnés sur la facture d'hospitalisation)
- s) les frais de transport urgent du patient vers l'établissement hospitalier en ambulance et le cas échéant en hélicoptère, pour autant qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé. Les frais de transfert vers un autre établissement hospitalier sont également couverts.

La couverture "hospitalisation" est étendue aux accouchements à domicile.

Lorsqu'un assuré est atteint d'une maladie nerveuse ou mentale, l'intervention de l'assureur n'est due que pendant une durée maximum de 720 jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, à compter du début de la première hospitalisation.

## 1.2. Montants remboursés

Le remboursement de ces frais est illimité avec un maximum de :

- a) en cas d'hospitalisation (one-day-clinic inclus) dans un établissement hospitalier situé sur le territoire de la Région de Bruxelles - Capitale ou à l'étranger, le remboursement est limité à :
  - 3 fois le montant de l'intervention légale en chambre particulière
  - 2 fois le montant de l'intervention légale en chambre à deux lits
  - 1 fois le montant de l'intervention légale en chambre commune
  - € 100 par jour facturé en ce qui concerne les frais de séjour
- b) 3 fois le montant de l'intervention légale pour les prothèses et les appareils orthopédiques couverts
- c) € 1.500, pour les frais de transport et de transfert
- d) 50% des frais avec un maximum de € 3.000 par an (en Belgique) et de € 1.500 par an (à l'étranger) pour les traitements, les médicaments, les prothèses, les appareils orthopédiques et le matériel médical qui ne bénéficient pas d'une intervention légale
- e) € 1.500 par an pour les frais de séjour d'un donneur
- f) 100% des frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie avec un maximum de € 500 par an
- g) € 100 par jour avec un maximum de 7 jours après l'accouchement pour les soins post-nataux.

## Art. 2 Garantie Pré- & Posthospitalisation

### 2.1. Couverture

La garantie « pré- et post Hospitalisation » garantit, en cas d'accident, de maladie, de grossesse ou d'accouchement de l'assuré dans les limites fixées dans les conditions générales et/ou particulières, le remboursement des frais de soins ambulatoires suivants, qui sont donnés dans les 60 jours qui précèdent l'hospitalisation ou la date de l'accouchement à domicile et dans les 180 jours qui suivent l'hospitalisation ou l'accouchement à domicile et ayant un lien direct avec les causes de l'hospitalisation ou de l'accouchement à domicile :

- a) les soins ambulatoires
- b) les frais d'honoraires médicaux
- c) les frais d'examens
- d) les frais de traitement
- e) les frais de médicaments
- f) les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques pour autant que ces soins soient en rapport direct avec le sinistre et soient prescrits par un médecin
- g) les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie pour autant que ces traitements soient prescrits par un médecin
- h) les frais de location de petits appareils médicaux tels que appareil aérosol, chaise roulante, matelas anti-escarres (les cautions ne sont pas remboursées)
- i) l'achat du matériel médical repris dans la liste exhaustive suivante : une attelle, une minerve, une herniaire, les bandages de pression pour les grands brûlés
- j) les traitements paramédicaux, tels que kinésithérapie, physiothérapie et logopédie pour autant que ces traitements soient prescrits par un médecin.

Ces frais sont ajoutés aux frais exposés dans un établissement hospitalier ou aux frais exposés lors d'un accouchement à domicile, sans donner lieu à l'application d'une nouvelle franchise.

Les traitements de kinésithérapie consécutifs à une affection traumatologique ou orthopédique sont couverts pendant les 360 jours qui suivent l'hospitalisation.

Les frais de transport et de transfert ne sont pas couverts.

## **2.2. Montants remboursés**

Le remboursement de ces frais est illimité tenant compte d'un maximum de :

- a) 3 fois l'intervention légale pour les prothèses et les appareils orthopédiques couverts
- b) 50 % des frais avec un maximum de € 3.000 par an pour les prestations, les médicaments, les prothèses, les appareils orthopédiques et le matériel médical qui ne bénéficient pas d'une intervention légale
- c) 100 % des frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie, avec un maximum de € 500 par an.

## **Art. 3 Garantie Soins ambulatoires – Maladies graves**

### **3.1. Couverture**

Lorsqu'un assuré est atteint d'une maladie grave, la couverture « soins ambulatoires maladies graves » garantit, dans les limites fixées dans les conditions générales et/ou particulières, le remboursement des soins suivants, pour autant qu'ils soient en relation directe avec une maladie grave diagnostiquée :

- a) les soins ambulatoires
- b) les frais d'honoraires médicaux
- c) les frais d'examens
- d) les frais de traitement
- e) les frais de médicaments
- f) les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques pour autant que ces soins soient en rapport direct avec le sinistre et prescrits par un médecin
- g) les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie pour autant que ces traitements soient prescrits par un médecin
- h) les frais de location d'appareils médicaux tels que appareil aérosol, chaise roulante, matelas anti-escarres (les cautions ne sont pas remboursées)
- i) l'achat du matériel médical repris dans la liste exhaustive suivante : une attelle, une minerve, une herniaire, les bandages de pression pour les grands brûlés
- j) les traitements paramédicaux, tels que kinésithérapie, physiothérapie et logopédie pour autant que ces traitements soient prescrits par un médecin.

Le remboursement de ces frais est illimité dans le temps et n'exige aucune hospitalisation préalable.

Les frais de transport et de transfert ne sont pas couverts.

Les maladies graves couvertes sont les suivantes : le cancer, la leucémie, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la variole, le typhus, la fièvre typhoïde ou paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra, la tuberculose, les affections rénales qui nécessitent une dialyse, la scarlatine, l'hépatite virale, le diabète, le sida, la maladie d'Alzheimer, la mucoviscidose, la dystrophie musculaire progressive, la malaria, la maladie de Crohn et la sclérose latérale amyotrophique.

L'assureur se réserve le droit de subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.

### **3.2. Montants remboursés :**

Le remboursement de ces frais est illimité tenant compte d'un maximum de :

- a) 3 fois l'intervention légale pour les prothèses et les appareils orthopédiques couverts;
- b) 50 % des frais avec un maximum de € 3.000 par an pour les traitements, les médicaments, les prothèses, les appareils orthopédiques et le matériel médical qui ne bénéficient pas d'une intervention légale;
- c) 100 % des frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie, avec un maximum de € 500 par an.

## **Art. 4 Garantie soins palliatifs**

### **4.1. Couverture**

La couverture « soins palliatifs » garantit, dans les limites fixées dans les conditions générales et particulières, le remboursement des frais de soins palliatifs s'ils sont donnés dans un établissement hospitalier, une institution spécialisée et reconnue pour les traitements palliatifs, ainsi qu'à domicile.

### **4.2. Montants remboursés**

Le remboursement de ces frais est illimité tenant compte d'un maximum de € 100 par jour.

## **Art. 5 Assurabilité**

Est assurable toute personne qui :

- a) n'a pas atteint l'âge de 66 ans lors de la conclusion du contrat
- b) est domicilié en Belgique et y réside habituellement
- c) est soumise à la sécurité sociale belge et en bénéficie.

Il est nécessaire de répondre aux deux dernières conditions ci-avant pendant toute la durée du contrat.

## **Art. 6 L'adhésion**

L'adhésion doit être signée, complétée et être accompagnée par un questionnaire médical dûment complété afin que l'assureur puisse apprécier le risque à assurer.

Cette formalité n'est pas d'application pour les nouveau-nés à condition que le père ou la mère soit déjà assuré(e) depuis 360 jours au moins, avant la date de naissance du nouveau-né, et que l'extension de la couverture soit demandée à l'assureur dans les 60 jours qui suivent la naissance.

## **Art. 7 Critères de remboursement des frais**

Sont seuls remboursés dans le cadre d'un sinistre, les frais qui ont :

- a) un caractère curatif, diagnostique ou palliatif
- b) sont médicalement nécessaires
- c) sont prestés par des prestataires de soins reconnus

- d) sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique
- e) sont exposés pendant la durée du sinistre.

## **Art. 8 Délais d'attente**

### **8.1. Délais d'attente prévus**

Sauf dérogation mentionnée dans les conditions particulières, il existe pour chaque assuré une période de stage fixée comme suit :

- a) un stage général de 90 jours prenant cours à la date d'effet du contrat
- b) un stage de 10 mois pour les états de grossesse et les accouchements prenant cours à la date d'effet du contrat.

### **8.2. Cas de non-application**

Le stage est supprimé pour :

- a) les accidents
- b) les maladies infectieuses aiguës suivantes : la rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde ou paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, malaria, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos
- c) toute maladie d'un nouveau-né à condition que le père ou la mère soit déjà assuré(e) depuis 360 jours au moins, avant la date de naissance du nouveau-né, et que l'extension de la couverture soit demandée à l'assureur dans les 60 jours qui suivent la naissance
- d) la reprise d'un contrat individuel ou collectif existant couvrant des avantages analogues à ceux du présent contrat pour autant que les délais prévus par le présent contrat se soient écoulés; de plus, il ne peut y avoir interruption de couverture entre les deux contrats
- e) en cas de mariage pour l'épou(s)x(e) d'une personne qui est assurée depuis au moins 90 jours et pour autant que l'adhésion au présent contrat se fasse dans les 60 jours suivant l'événement
- f) pour la conclusion d'un nouveau contrat suivant les stipulations de l'article 27 à condition que les délais d'attente dont question au présent article se soient écoulés; de plus, il ne peut y avoir interruption de couverture entre les deux contrats
- g) en cas de poursuite du contrat comme défini dans l'article 25.3 à condition que les délais d'attente dont question au présent article se soient écoulés; de plus il ne peut y avoir interruption de la couverture.

## **Art. 9 Franchise**

Une franchise de € 250 par année d'assurance et par assuré est d'application sur l'ensemble des frais d'hospitalisation et de pré & post hospitalisation. La franchise est toutefois supprimée pour le one-day-clinic et les maladies graves.

La franchise sera appliquée une seule fois, au cas où plusieurs assurés du même ménage soient hospitalisés par suite d'un accident ou d'un accouchement.

Dans les cas où une hospitalisation chevauche sans interruption sur deux années d'assurance, il ne sera fait application qu'une seule fois de la franchise forfaitaire sur cette hospitalisation.

## **Art. 10 Calcul de l'intervention de l'assureur**

L'intervention de l'assureur est calculé sur la différence entre le coût réel des frais exposés qui tombent sous la garantie du présent contrat et les interventions légales obligatoires, majorées des interventions complémentaires éventuelles.

L'assureur limite son intervention comme indiqué dans les conditions générales et/ou particulières. Sur le montant ainsi déterminé, l'assuré prend en charge la franchise définie dans les conditions générales et/ou particulières.

L'intervention de l'assureur est alors égale au solde.

Il est précisé que si l'assuré ne bénéficie pas ou n'est pas en droit de bénéficier des interventions légales pour quelque raison que ce soit, et à condition que l'assuré soit affilié à une mutualité belge et en ordre de cotisation vis-à-vis de cet organisme ou que l'assuré soit affilié auprès d'un organisme assureur étranger ayant conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la Belgique, l'intervention de l'assureur sera égale au remboursement prévu par la législation belge applicable au travailleur salarié.

## **Art. 11 Remboursement des prestations**

Le remboursement des frais couverts s'effectue dans les 15 jours ouvrables qui suivent la réception des pièces justificatives des débours exposés par l'assuré. L'assureur peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire. Dans aucun cas il ne sera dû d'intérêt.

## **Art. 12 Avance**

Sur demande de l'assuré, l'assureur lui verse une avance.

Le montant de cette avance est destiné à couvrir la provision pour frais de séjour, dans la mesure où une telle provision est exigée par l'établissement hospitalier.

Une copie de la demande d'acompte doit être transmise à l'assureur qui avancera la provision, à concurrence de 50% du montant de ladite provision et déduction faite, le cas échéant, de la franchise.

Cette avance est récupérée lors du décompte des frais remboursables.

Au cas où le montant de l'avance dépasse les frais remboursables, l'assuré dispose d'un délai de 15 jours ouvrables pour rembourser le trop-perçu, à compter d'une mise en demeure dûment notifiée par l'assureur par lettre recommandée.

En cas de non-remboursement dans le délai précité, l'avance est productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

## **Art. 13 Risques exclus**

### **13.1. Cas de non-intervention**

L'assureur n'intervient pas pour les frais exposés à la suite d'une maladie ou d'un accident consécutifs aux cas suivants :

- a) les sinistres survenant par suite d'un accident qui s'est produit ou d'une maladie dont les symptômes s'étaient manifestés avant la date d'effet du contrat. Toutefois la couverture est acquise si ces cas d'assurance surviennent après une période d'au moins deux ans à compter de la date d'effet du contrat, sauf si l'accident, la maladie ou ses symptômes connus n'ont pas été communiqués à l'assureur lors de la conclusion du contrat

**Etat antérieur :**

A l'attention des assurés qui étaient couverts par la police collective souscrite par l'intermédiaire de l'AMMA auprès de la compagnie Swiss Life Belgium.

En ce qui concerne l'assurance de l'état antérieur il sera tenu compte des dispositions et des conditions de couverture prévues par la police Swiss Life Belgium.

- b) les soins et traitements esthétiques, à moins qu'ils ne résultent d'une maladie ou d'un accident assuré
- c) les check-up, tests de dépistages préventifs et vaccins
- d) les cures, par exemple thermalisme, thalassothérapie, hygiéno-diététique
- e) la chirurgie réfractive
- f) la contraception, la stérilisation, l'insémination artificielle et la fécondation in vitro
- g) le traitement de l'impuissance, des explorations et des traitements inhérents aux troubles de l'identité sexuelle ainsi que les interruptions volontaires de grossesse
- h) l'assistance, la garde et l'entretien de l'assuré
- i) une hospitalisation en cours à la date d'effet ou pour les soins ambulatoires suite à une maladie grave dont le traitement est en cours lors de l'affiliation
- j) les traitements dentaires, les frais de prothèses dentaires et les soins de chirurgie maxillo-faciale, quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux qui sont consécutifs à une maladie grave ou à un accident et qui donnent lieu à une intervention légale
- k) tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou d'autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs
- l) les suites directes ou indirectes de toute source de radiations ionisantes, à l'exception
- du risque professionnel, si celui-ci est couvert
  - de l'irradiation nécessitée par un examen ou un traitement médical

## **13.2. Exclusions**

Tombent également en dehors du champ d'application de l'assurance, les remboursements des frais :

- a) résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel (y compris les entraînements)
- b) résultant du fait intentionnel de l'assuré
- c) qui sont la conséquence de l'ivresse, de l'alcoolisme ou de l'intoxication alcoolique, de l'usage de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues
- d) résultant d'un fait de guerre
- e) survenant à la suite de troubles civils ou d'émeutes, sauf si l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il se trouvait en état de légitime défense

Les exclusions mentionnées aux paragraphes d) et e) ci-avant ne sont cependant pas d'application si l'assuré prouve qu'il n'existe aucun lien de causalité entre ces faits et les frais qui font l'objet de la déclaration de sinistre.

## **Art. 14 Sanctions**

Lorsque l'assuré induit l'assureur en erreur dans une intention frauduleuse :

- a) à la conclusion du contrat, celui-ci est nul
- b) au cours du contrat, l'assureur peut résilier le contrat avec effet immédiat et garder les cotisations échues jusqu'au moment où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle, à titre de dommages et intérêts.

L'assureur refusera sa garantie en cas de sinistre.

## **Art. 15 Obligations en cas de sinistre**

L'assureur doit être avisé de toute hospitalisation d'un assuré, ainsi que de tout autre événement pouvant faire intervenir la garantie de l'assurance, et ceci au moyen de formulaires type fournis par l'assureur.

L'assuré doit remplir et envoyer à l'assureur la déclaration dès que possible et au plus tard dans un délai de 30 jours à dater du début d'une hospitalisation ou après la date de l'accouchement à domicile.

L'assureur se réserve le droit de contrôler les déclarations ainsi que les réponses fournies à ses demandes de renseignements et de demander des justificatifs complémentaires tels que des protocoles.

L'assureur prendra néanmoins en considération toute déclaration faite en dehors de ce délai, à condition que cette déclaration ait été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

L'assuré doit fournir sans retard à l'assureur tous renseignements utiles et répondre à ses demandes visant à déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

A défaut de remplir les obligations mentionnées ci-dessus et pour autant qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, celui-ci se réserve le droit de réduire ses prestations à concurrence de son préjudice.

L'assureur peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté ces obligations.

L'assuré autorise le(s) médecin(s) traitant(s) à communiquer au médecin-conseil de l'assureur, tous les renseignements qu'il(s) possède(nt) concernant son état de santé.

L'assureur a le droit d'exiger que le contrôle médical ait lieu en Belgique.

Tout remboursement relatif aux enfants d'un assuré sera versé au bénéficiaire.

Il y a lieu d'introduire les originaux des notes de frais. Elles doivent comporter le nom de la personne soumise au traitement médical et la nature de la maladie, ainsi que les dates, le détail des prestations médicales ou techniques et celui des frais et honoraires.

L'assureur peut subordonner le remboursement à l'introduction des notes de frais acquittées et traduites si elles sont émises dans une langue étrangère dont la traduction s'avère raisonnablement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations.

Le remboursement est fait en euro.

Si l'assuré a obtenu une intervention de la part d'un autre organisme, il pourra introduire des duplicata mais en ce cas, accompagnés d'une copie du décompte de l'organisme payeur.

En outre, l'assuré doit faire parvenir à l'assureur tous les relevés donnant le détail de l'intervention légale et de tous autres remboursements complémentaires perçus.

L'assureur se réserve le droit de n'intervenir que dans le montant des factures payées, acquittées et comportant les dates du paiement.

#### **Art. 16 Contestation et expertise**

L'assureur a le droit à tout moment, de faire contrôler par un médecin agréé par elle, l'exactitude des déclarations de l'assuré.

Toute contestation d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux médecins experts, nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré, l'autre par l'assureur.

Faute d'arriver à un accord, les médecins experts choisiront un troisième expert.

Les trois médecins experts statueront en commun, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

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

Les médecins experts sont dispensés de toute formalité.

#### **Art. 17 Convention avec des tiers**

Les conventions conclues par l'assuré avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat ou qui naissent en exécution du contrat ne sont opposables à l'assureur qu'à partir de la date où celui-ci les a approuvées.

#### **Art. 18 Recours contre tiers**

L'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré et/ou du bénéficiaire à l'égard de(s) tiers responsable(s) à l'origine de l'intervention de l'assureur à concurrence de des frais.

L'assuré et/ou le bénéficiaire ne peuvent convenir avec quiconque, sans l'accord écrit de l'assureur, que celui-ci ne pourra exercer son droit de recours contre le tiers responsable du dommage.

#### **Art. 19 Cotisation**

La cotisation est indivisible et quérable.

La cotisation est le montant fixé dans le contrat, augmenté des frais de police et d'avenants, de la taxe sur les contrats d'assurance et des impôts et/ou contributions additionnels de toute nature, imposés par la loi ou toute autre disposition réglementaire.

La cotisation est payable par le preneur.

La cotisation peut être adaptée, à chaque échéance annuelle, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation ou d'un indice en faisant parité.

L'assureur se réserve toutefois le droit d'adapter la cotisation sur la base d'autres paramètres représentatifs et objectifs en remplacement de l'indice dont question ci-avant, lorsqu'une différence existe entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres et à condition que ces derniers aient été approuvés par les autorités compétentes.

La cotisation varie automatiquement suivant les tranches d'âge fixées dans le tarif comme mentionné dans une annexe jointe aux conditions particulières.

## **Art. 20 Paiement de la cotisation**

En cas de non-paiement d'une échéance de cotisation, l'assureur adressera après un délai de 30 jours à partir de l'échéance, une lettre recommandée prescrivant au preneur de s'acquitter de sa dette et rappelant les conséquences du non-paiement.

Au plus tôt 15 jours après cet envoi, le contrat sera résilié de plein droit avec effet immédiat.

Chaque interruption de la couverture entraîne l'application de nouveaux délais d'attente comme prévus par l'article 8.

## **Art. 21 Modification du tarif et/ou des conditions d'assurance**

L'assureur se réserve le droit de modifier le tarif et/ou les conditions d'assurance dans les cas suivants :

- a) en cas de modification substantielle de la législation en matière de sécurité sociale, de la loi sur les hôpitaux ou de toute autre réglementation ou événement, ayant une influence significative et durable sur le coût réel des prestations garanties au moyen d'un dossier motivé déposé auprès des autorités compétentes; cette adaptation sera proportionnelle à l'ampleur des circonstances modifiées
- b) en cas de modification du tarif et/ou des conditions d'assurance, qui résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et dont l'exécution est uniforme pour tous les assureurs
- c) lorsque, au moyen d'un dossier déposé auprès de l'autorité compétente, il est prouvé que la cotisation appliquée et ses adaptations annuelles éventuelles, sont insuffisantes pour couvrir l'augmentation du coût réel des prestations assurées
- d) en cas d'adaptation tarifaire imposée par l'assureur Assistance dans le cadre des garanties concernées.

Lorsque l'assureur modifie les conditions d'assurance et les tarifs ou simplement les tarifs, il notifie l'étendue de la modification au preneur au moins quatre mois avant l'échéance. Le preneur peut cependant résilier le contrat conformément à l'article 25.1.b. Si le preneur ne résilie pas le présent contrat conformément à l'article mentionné ci-dessus, la modification entrera en vigueur à l'échéance annuelle du contrat.

Si la notification de la modification, prévue au paragraphe précédent, survient moins de quatre mois avant l'échéance annuelle du contrat, le preneur peut résilier le contrat, conformément à l'article 25.1.c. Si le preneur ne résilie pas le contrat conformément à l'article mentionné ci-dessus, la modification entrera en vigueur à partir du paiement de la prime suivante.

## **Art. 22 Etendue territoriale**

L'étendue territoriale s'étend au monde entier pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence principale en Belgique, ou que l'assuré réside en Belgique et bénéficie de prestations remboursées dans le cadre d'une des conventions bilatérales de sécurité sociale conclue avec la Belgique. Tout assuré résidant plus de 90 jours consécutifs à l'étranger n'est plus considéré comme ayant sa résidence principale en Belgique.

Si l'assuré ne bénéficie pas ou n'est pas en droit de bénéficier des interventions légales pour quelque raison que ce soit, et à condition que l'assuré soit affilié à une mutualité belge et en ordre de cotisation vis-à-vis de cet organisme ou que l'assuré soit affilié auprès d'un organisme assureur étranger ayant conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la Belgique, l'intervention de l'assureur sera égale au remboursement prévu par la législation belge applicable au travailleur salarié.

En cas d'une hospitalisation à l'étranger, le remboursement des frais pour l'assuré ne sera acquis qu'à condition que l'hospitalisation ait un caractère urgent et imprévisible ou que l'assureur ait donné son accord préalable.

Pour toute hospitalisation ou tous soins ambulatoires planifiés à l'étranger pour un assuré résidant en Belgique, l'assureur interviendra pour autant que les prestations effectuées à l'étranger soient prises en charge par l'assurance obligatoire maladie et invalidité (A.M.I.).

Les détails sur les garanties à l'étranger sont précisés dans l'annexe.

## **Art. 23 Durée**

Sauf dérogation mentionnée dans les conditions particulières, le contrat est conclu à vie.

Le preneur peut résilier le contrat à chaque échéance annuelle.

La résiliation se fera moyennant l'envoi d'une lettre recommandée déposée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé, au moins 3 mois avant l'échéance annuelle.

## **Art. 24 Prise d'effet**

Le contrat prend cours dès qu'il est signé par le preneur et l'assureur; il produit ses effets à compter de la date mentionnée dans les conditions particulières à condition que la première cotisation ait été payée.

Le paiement de la première cotisation est équivalent à l'acceptation des conditions par le preneur.

Dans les cas prévus par l'article 21, les nouvelles conditions seront considérées comme acceptées dès que la première cotisation qui suit la notification de la modification des conditions d'assurance et/ou le tarif, aura été payée.

## **Art. 25 Fin du contrat**

### **25.1. Résiliation par le preneur**

Le preneur peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- a) au moins 3 mois avant l'échéance principale

- b) par lettre recommandée au moins trois mois avant son échéance annuelle suivant la notification d'une modification des conditions générales et/ou tarifaires d'assurance, faite quatre mois au moins avant l'échéance annuelle du contrat en cours. La résiliation entrera en vigueur à l'échéance annuelle du présent contrat
- c) par lettre recommandée endéans les 3 mois suivant la notification d'une modification des conditions générales et/ou tarifaires d'assurance, si cette notification a lieu moins de quatre mois avant l'échéance annuelle du contrat en cours. La résiliation entrera en vigueur après un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste;

## **25.2. Résiliation par l'assureur**

L'assureur peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- a) en cas de fraude ou tentative de fraude commise par un assuré
- b) en cas de non-paiement de la cotisation
- c) en cas de transfert par l'assuré de son domicile hors de la Belgique
- d) en cas de suppression de l'assujettissement de l'assuré à la sécurité sociale belge ou perte de bénéfice de celle-ci
- e) en cas de non-respect par l'assuré des obligations imposées dans l'article 15.

## **25.3. Décès**

Le contrat expire au moment du décès du preneur. Les assurés peuvent demander la continuation du contrat, à condition de désigner un nouveau preneur endéans les 60 jours.

## **Art. 26 Fin des prestations assurées**

Le paiement des prestations garanties cesse en même temps que le contrat, et ceci également pour les sinistres en cours.

## **Art. 27 Modifications dans la composition de la famille assurée**

Le preneur s'engage à informer l'assureur du moment où un membre de la famille assurée quitte le contrat ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci.

Sur base de ces données, l'assureur soumet à cet assuré, dans les 30 jours, une offre d'assurance. L'assureur informe cet assuré que l'offre vaut également pour les membres de sa famille éventuelle qui étaient couverts par le contrat.

L'assuré dispose d'un délai de 60 jours pour accepter l'offre d'assurance. Le droit d'accepter l'offre s'éteint à l'expiration de ce délai.

Le contrat d'assurance que l'assuré a accepté commence à courir au moment où celui-ci perd le bénéfice de l'assurance précédente, sans nouvelles formalités médicales et suivant le tarif en vigueur.

## **Art. 28 Obligations de déclaration**

Le preneur et l'assuré sont tenus, tant à la conclusion qu'en cours de contrat, à :

- a) fournir toutes les informations complètes et correctes concernant le risque assuré

- b) déclarer à l'assureur, avec précision, toutes les circonstances connues d'eux et dont ils peuvent raisonnablement estimer qu'elles constituent pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque, tels que, entre autres, les circonstances dont question à l'article 13.1.a
- c) déclarer les autres assurances ayant le même objet
- d) déclarer toute modification dans la composition de leur famille

En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration, l'assureur pourra, suivant le cas, limiter ou refuser son intervention conformément aux dispositions de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

### **Art. 29 Prescription**

Le délai de prescription découlant de toute action dérivant du contrat est de trois ans.

Le délai court à partir du jour de l'événement qui donne ouverture à l'action.

Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder une période de cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

### **Art. 30 Domiciliation**

Le domicile des parties est élu de droit, à savoir :

- a) celui de l'assureur à son siège social
- b) celui du preneur et de l'assuré à l'adresse indiquée dans le contrat ou à la dernière adresse officiellement connue de l'assureur.

Toute communication est valablement faite à ces adresses.

### **Art. 31 Tribunaux compétents**

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

### **Art. 32 Protection de la vie privée**

Les données à caractère personnel sont traitées par AMMA Assurances, en sa qualité de responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD) et à la législation belge applicable en matière de protection des données. Les modalités complètes relatives au traitement et aux droits des personnes concernées sont décrites dans la Charte Vie Privée, disponible à l'adresse suivante : [www.amma.be/fr/charte-vie-privée](http://www.amma.be/fr/charte-vie-privée).

### **Art. 33 Bases sur lesquelles le contrat est établi**

La loi applicable au contrat est la loi belge.

Le contrat est établi sur base :

- a) des dispositions légales et réglementaires applicables à l'assurance
- b) des conditions générales et particulières, ainsi que les annexes et avenants en faisant partie
- c) des déclarations des assurés et du preneur.

L'assureur sera uniquement lié par les dispositions contractuelles qui ont été convenues avec lui par écrit.

### **Art. 34 Plaintes**

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à l'ombudsman de l'assurance, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (tél. 02/547.58.71 – [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)). L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour l'assuré d'intenter une action en justice.

## **ANNEXE AUX CONDITIONS GENERALES APPLICABLES AU CONTRAT D'ASSURANCE AMMA HOSPI-PLAN**

### **ASSISTANCE HOSPITALISATION A L'ETRANGER**

Pour cette garantie, l'assureur fait appel à son correspondant d'assistance, EUROP ASSISTANCE BELGIUM s.a., agréé sous le numéro de code 1401 pour pratiquer la branche 18 (Assistance) (A.R. du 02.12.1996 – B.S. du 21.12.1996), situé Boulevard du Triomphe 172 à 1160 Bruxelles, dénommé ci-après l'assisteur.

A l'étranger, lors de séjour professionnel ou privé (à l'exclusion de toute activité technique ou sportive notoirement dangereuse), la garantie d'assistance est acquise pour tout assuré victime d'une maladie ou d'un accident.

#### **Art. 1 Assistance à l'assuré**

##### **1.1. Premiers secours et appel à l'Assistance**

Pour les premiers secours d'urgence et/ou de transport primaire, il y a lieu de faire appel aux organismes locaux auxquels EUROP ASSISTANCE ne peut se substituer mais dont les frais - sur production de justificatifs originaux - sont remboursés à concurrence de € 620 (taxes comprises) par personne et par événement. Il y a lieu ensuite et sans délai d'appeler EUROP ASSISTANCE.

##### **1.2. Obligation d'assistance, décision et responsabilité**

Les obligations d'assistance d'EUROP ASSISTANCE consistent à :

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

La survenance d'affections bénignes ou de blessures légères susceptibles d'être soignées sur place ne donne lieu qu'à la prise en charge des frais médicaux dans les limites contractuelles et à l'organisation du transport jusqu'au lieu où peuvent être prodigués les soins appropriés.

### **1.3. Présence au chevet de l'assuré hospitalisé**

Lorsqu'un assuré est hospitalisé au cours d'un déplacement qu'il effectue sans être accompagné, EUROP ASSISTANCE organise le déplacement aller-retour d'un membre de sa famille résidant en Belgique pour se rendre à son chevet s'il apparaît dès les premiers contacts médicaux que le transport ou le rapatriement ne peut être assuré endéans les 7 jours à dater de la déclaration de l'événement, délai non requis si l'assuré hospitalisé est un enfant de moins de 18 ans.

EUROP ASSISTANCE participe aux frais d'hébergement de ce parent se rendant au chevet de l'assuré jusqu'à concurrence de € 500 (taxes comprises).

### **1.4. Prolongation de séjour à l'étranger**

EUROP ASSISTANCE, après en avoir décidé, prend en charge les frais d'hébergement relatifs à une prolongation de séjour au-delà de la date initialement prévue pour le retour en Belgique jusqu'à concurrence de € 500 (taxes comprises) par assuré malade ou blessé se trouvant dans l'incapacité d'entreprendre le voyage de retour.

### **1.5. En cas de décès**

Lorsqu'au cours d'un déplacement, un assuré décède, EUROP ASSISTANCE organise depuis l'hôpital ou la morgue le transport ou le rapatriement en Belgique de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation ou jusqu'à la résidence du défunt.

- a) si le décès a lieu à l'étranger, EUROP ASSISTANCE, outre ce qui est prévu ci-avant, prend en charge, à l'exclusion des frais de cérémonie et d'inhumation :
  - les frais de traitement funéraire et de mise en bière
  - les frais de cercueil et autres aménagements spéciaux requis pour un transport, à concurrence de € 620 (taxes comprises).
- b) si à l'étranger, l'assuré est inhumé ou incinéré sur place, EUROP ASSISTANCE prend en charge :
  - les frais de traitement funéraire et de mise en bière
  - les frais de cercueil, à concurrence de € 620 (taxes comprises)
  - les frais de transport sur place de la dépouille mortelle
  - les frais d'inhumation ou d'incinération, à l'exclusion des frais de cérémonie
  - les frais de rapatriement de l'urne.

En ce cas, l'ensemble des frais à charge d'EUROP ASSISTANCE ne peut excéder ceux qu'elle aurait engagés pour rapatrier la dépouille mortelle en Belgique.

### **1.6. Frais médicaux à l'étranger**

- a) EUROP ASSISTANCE fait l'avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'ambulance correspondant à des soins prodigués à l'étranger et ordonnés par un médecin local
- b) lorsque des frais sont directement payés par EUROP ASSISTANCE, ils ne le sont qu'à titre d'avance, la Compagnie restant l'assureur du risque "frais médicaux à l'étranger"
- c) la présente garantie cesse d'être acquise à partir du moment fixé par EUROP ASSISTANCE pour le rapatriement au cas où l'assuré ou ses proches souhaitent que le rapatriement n'ait pas lieu ou qu'il se fasse à une date ultérieure.

### **1.7. Envoi de médicaments à l'étranger**

A l'étranger, si un assuré, suite à un événement imprévisible, se trouve dépourvu des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours et qu'il lui est impossible de s'en procurer sur place ou d'en obtenir l'équivalent, EUROP ASSISTANCE - sur ordonnance prescrite par le médecin traitant ou le médecin local - les recherche et les fait parvenir à l'assuré par les moyens qu'elle choisit et dans le respect de la législation et de la déontologie médicale.

EUROP ASSISTANCE prend à sa charge les frais d'envoi mais non le prix d'achat dont l'importance peut donner lieu à la demande préalable de garantie.

### **Art. 2 Assistance aux membres accompagnant de la famille assurée**

Si un événement cité ci-avant empêche les compagnons de voyage assurés de rejoindre leur résidence en Belgique, EUROP ASSISTANCE organise leur retour du lieu d'immobilisation jusqu'à leur résidence en Belgique.

De plus, si les compagnons de voyage précités ont moins de 18 ans et si aucune autre personne ne peut en assumer la garde, EUROP ASSISTANCE organise leur accompagnement par une hôtesse ou une personne désignée par la famille et habitant en Belgique.

Si nécessaire, EUROP ASSISTANCE prend en charge les frais d'hébergement dudit accompagnateur pour 2 nuitées maximum.

### **Art. 3 Transport des bagages et animaux de compagnie**

Lorsqu'un assuré est rapatrié suite à un événement cité ci-avant, et qu'en raison de circonstances, personne ne peut s'occuper du transport des bagages et des animaux de compagnie (chien et chat exclusivement) emportés avec lui, EUROP ASSISTANCE en organise le transport en respectant toutes les contraintes, règlements administratifs et sanitaires à concurrence de € 190 (taxes comprises) et à l'exclusion des objets ci-après : les engins tels que bateaux, motos et planeurs, les animaux, les marchandises commerciales, le matériel scientifique ou d'exploration, les matériaux de construction, mobilier, denrées périssables, carburant hors réservoir fixe, etc.

EUROP ASSISTANCE décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou dégâts survenus aux objets transportés.