

F-CARE

Conditions générales

CONTENU

Préambule	1
PARTIE I – GARANTIES DE BASE	1
<i>Définitions</i>	1
Article 1 - Entrée en vigueur et résiliation du contrat d'assurance	4
Article 2 - Etendue des garanties	4
A. Etendue territoriale	4
B. Limite globale d'intervention	4
C. Garantie « hospitalisation »	4
D. Garantie « soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation »	5
E. Garantie « maladies graves »	5
F. Exclusions	6
Article 3 - Obligations des parties	6
Article 4 - Primes	7
A. Paiement des primes	7
B. Non-paiement des primes	7
Article 5 - Sinistres	7
A. Déclaration de sinistre	7
B. Modalités de remboursement	8
C. Paiement des prestations	8
D. Contestation d'ordre médical	9
E. Subrogation de la Société	9
Article 6 - Fin des prestations	9
Article 7 - Poursuite individuelle de l'assurance	9
A. Principe et conditions	9
B. Préfinancement	10
Article 8 - Dispositions administratives et diverses	10
A. Protection des données personnelles	10
B. Plaintes	11
C. Juridictions – Droit applicable	11
D. Domicile - Correspondance	11
Article 9 - Modification du contrat d'assurance et des conditions générales	11
PARTIE II – GARANTIES COMPLEMENTAIRES	11

Préambule

F-Care est un contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle, composé d'un contrat de base et d'un contrat complémentaire.

F-Care a pour objet de protéger les assurés des conséquences financières d'une hospitalisation et de certains traitements médicaux en dehors d'une hospitalisation, comme défini aux conditions générales et particulières.

Les assurés ont le libre choix du médecin traitant, de l'hôpital et du type de chambre.

F-Care se compose :

- des **conditions générales** du contrat de base et de celles du contrat complémentaire. Les conditions générales décrivent le fonctionnement du contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle. Elles décrivent les garanties, les exclusions, les obligations des parties, les règles en matière de sinistres et les principes relatifs à la poursuite individuelle de l'assurance soins de santé. Les dispositions et la terminologie utilisées dans les conditions générales sont propres à chaque contrat ;
- des **conditions particulières**. Les conditions particulières décrivent les éléments variables du contrat d'assurance, tels que les critères et les modalités d'affiliation, la franchise, la prime et les modalités de paiement.

F-Care comprend deux volets :

- PARTIE I - GARANTIES DE BASE (hospitalisation et/ou soins médicaux ambulatoires en Belgique ou à l'étranger sous certaines conditions (voir article 2)) ;
- PARTIE II - GARANTIES COMPLEMENTAIRES (hospitalisation à caractère imprévisible et/ou assistance à l'étranger).

Chaque partie est garantie par un contrat. Les garanties de base sont reprises dans le contrat de base. En ce qui concerne les garanties complémentaires, Fédérale Assurance fait appel à un Assisteur. Ces garanties complémentaires sont reprises dans le contrat complémentaire.

PARTIE I – GARANTIES DE BASE

Définitions

Tous les termes définis à la présente section sont repris en italique dans le texte des conditions générales.

Accident

Un événement soudain et fortuit qui occasionne une lésion corporelle à l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à son organisme.

Acte médical nécessaire

Tous les actes médicaux et paramédicaux administrés qui sont jugés nécessaires par une autorité médicale. Sont exclus, les actes fondés sur une conviction religieuse ou posés pour raisons personnelles.

Année d'assurance

La période de 12 mois débutant à l'échéance qui est mentionnée aux conditions particulières.

Appareil orthopédique

L'appareil destiné à corriger les difformités du corps.

Assisteur

EUROP ASSISTANCE (Belgium) S.A., TVA BE 0457.247.904 RPM Bruxelles, agréée sous le numéro de code 1401 pour pratiquer les branches 01, 09, 13, 15, 16 et 18 (Assistance) (A.R. du 02.12.96, M.B. du 21.12.96), dont le siège social est établi Boulevard du Triomphe 172 à 1160 Bruxelles.

AssurCard

La carte (électronique) qui permet le système du tiers payant.

Assuré

La personne répondant aux critères d'affiliation repris aux conditions particulières, sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui bénéficie des garanties du contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle.

Assuré principal

La personne liée professionnellement au Preneur d'assurance au moment de son affiliation à l'assurance collective soins de santé.

Assuré(s) secondaire(s)

Le(s) membre(s) de la famille d'un assuré principal également affilié(s) à l'assurance collective soins de santé.

Contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle

L'assurance soins de santé conclue par un Preneur d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au Preneur d'assurance au moment de l'affiliation (désignées par le terme « assuré principal »). Le Preneur d'assurance peut étendre la couverture de l'assurance collective soins de santé liée à l'activité professionnelle à certains membres de la famille de l'assuré principal (désignés par le terme « assuré secondaire »).

Délai d'attente

La période prenant cours à la date d'affiliation de l'assuré et pendant laquelle aucune prestation n'est due par la Société. Le délai d'attente est spécifié aux conditions particulières.

Frais de séjour

Une partie des frais facturés par un hôpital. Le montant comprend :

- le prix de la journée d'hospitalisation ;
- le supplément facturé pour un séjour en chambre particulière normale, à l'exclusion de tous les frais de confort et de luxe ;
- le forfait journalier pour les médicaments.

Frais pour transport d'urgence

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

Franchise

La partie des frais remboursables qui reste à charge de l'assuré. Le montant de la franchise est spécifié aux conditions particulières.

La franchise est appliquée par année d'assurance et par assuré. Toutefois, si plusieurs membres d'une même famille assurés par un même contrat d'assurance sont hospitalisés simultanément suite à un accident, une seule franchise sera d'application pour l'ensemble de la famille.

De même, lorsqu'une hospitalisation continue chevauche deux années d'assurance, la franchise n'est déduite qu'une seule fois.

La franchise n'est pas d'application pour la garantie complémentaire « Maladies graves ».

Hôpital

Un établissement légalement agréé et identifié comme un hôpital et dans lequel sont dispensés aux patients enregistrés des consultations médicales spécialisées et/ou des traitements dans le domaine de la santé, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique.

Ne sont pas considérés comme hôpitaux :

- les hôpitaux ou parties d'hôpitaux agréés spécialement comme maisons de repos et de soins (MRS) ;
- les établissements psychiatriques fermés ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements destinés aux cures ou à la désintoxication ;
- les maisons de repos ou autres établissements destinés à l'hébergement des personnes âgées, des convalescents ou des enfants ;
- les habitations protégées.

Hospitalisation

Le séjour dans un hôpital, pour autant que cet hôpital ait facturé au moins une nuit d'hospitalisation ou que l'intervention médicale pratiquée ait été effectuée en hôpital chirurgical de jour ou ait donné lieu à une intervention légale sur base d'un forfait pour hôpital de jour (forfait 1 à 7). N'est pas considéré comme une hospitalisation : tout séjour dans un hôpital dont le caractère nécessaire n'est pas médicalement motivé par un traitement (tel qu'un séjour qui a pour but principal la garde, l'entretien ou l'assistance de l'assuré).

Hospitalisation ou soins ambulatoires planifiés à l'étranger

L'hospitalisation ou les soins ambulatoires à l'étranger que l'assuré a organisés de Belgique et par avance avec l'hôpital ou l'autorité médicale du pays concerné.

Intervention légale

Le remboursement des frais médicaux et autres frais (frais connexes) prévus par la législation belge applicable aux travailleurs salariés et aux indépendants.

Par législation belge applicable aux travailleurs salariés, on entend :

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

Par législation belge applicable aux indépendants, on entend la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (A.M.I.).

Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de l'état de santé, présentant des symptômes organiques qui permettent d'établir un diagnostic ainsi qu'un traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus. Sont notamment visées, les maladies physiques, psychiques, psychiatriques et les maladies dépressives.

Matériel médical

Par matériel médical, on entend :

- a) le petit matériel médical acheté auprès d'un organisme agréé en Belgique ou en pharmacie et destiné à dispenser, renforcer ou compléter la médication principale tel que les bandages, les seringues, les bas à varices, etc... à l'exclusion des montures et verres de lunettes, des lentilles de contact et du matériel dentaire ;
- b) le matériel médical lourd loué auprès d'un organisme agréé en Belgique ou auprès d'une pharmacie et destiné à améliorer l'état physique et la mobilité du patient tel qu'un lit, des béquilles, une chaise roulante, etc...

MedExel

Le prestataire de service externe mandaté par la Société pour gérer le contrat de base F-CARE et pour traiter les sinistres relatifs à ce contrat.

MedExel est un service de Promut, Société Coopérative à Responsabilité Limitée, dont le siège social est établi Boulevard Louis Mettwie 74-76 à 1080 Molenbeek-Saint-Jean - Belgique – www.medexel.be - RPM Bruxelles TVA BE 0440.342.980.

Médicament

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin, reconnu et enregistré comme tel en Belgique.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle.

Prothèse

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

Rooming-in

La présence d'un des parents dans la même chambre que l'enfant hospitalisé pour autant que l'enfant ait moins de 18 ans, que le parent et l'enfant soient assurés par un même contrat d'assurance et que la présence d'un parent soit considérée comme médicalement nécessaire par un médecin.

Sinistre

Un événement pouvant donner lieu à une intervention de la Société dans le cadre du contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle.

Société

Fédérale Assurance, Association d'Assurances Mutuelles sur la Vie, Rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles – Belgique, www.federale.be, Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 0346, RPM Bruxelles TVA BE 0408.183.324, Compte financier BIC : BBRUBEBB IBAN : BE64 3100 7685 9452.

Soins ambulatoires

Les soins médicaux prodigués ou prescrits 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. Ce traitement vise les besoins physiques et psychiques du malade dans le but de lui garantir une certaine qualité de vie.

Sport rémunéré

Tout exercice d'un sport, même en tant qu'activité secondaire, pour lequel l'affilié reçoit des rémunérations ou indemnités qui sont soumises à des retenues de sécurité sociale.

Terrorisme

Une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Traitement

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

Article 1 – Entrée en vigueur et résiliation du contrat d'assurance

Entrée en vigueur

Le *contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle* entre en vigueur à la date indiquée aux conditions particulières pour autant que la *Société* ait reçu la première prime à cette date. Si la première prime est reçue à une date postérieure à la date indiquée aux conditions particulières, le contrat d'assurance entre en vigueur à la date de la réception de la première prime.

Résiliation

Le *Preneur d'assurance* et la *Société* peuvent résilier le contrat d'assurance via l'envoi d'une lettre recommandée datée et signée avant l'échéance, en tenant compte d'un délai de trois mois de préavis.

La *Société* peut résilier le contrat d'assurance suite au non paiement des primes après mise en demeure conformément à l'Article 4.

Article 2 – Etendue des garanties

Etendue territoriale

Les garanties sont accordées pour un *sinistre* survenu en Belgique.

Les garanties sont, par ailleurs, accordées pour un *sinistre* survenu à l'étranger, aux conditions et limites définies au présent titre, lorsque l'*assuré* ne peut se prévaloir des garanties d'assistance (voir PARTIE II – GARANTIES COMPLEMENTAIRES) en raison du caractère planifié d'une *hospitalisation* ou des *soins ambulatoires* pré- et post-hospitalisation ou relatifs à une *maladie* grave. En cas d'*hospitalisation* ou de *soins ambulatoires* planifiés à l'étranger, l'*assuré* ne pourra bénéficier de l'intervention de la *Société* qu'à la condition expresse qu'il ait reçu un accord préalable de la part de sa mutualité.

Si l'*assuré* est hospitalisé ou reçoit des soins dans un Etat membre de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse, les limites de remboursement sont identiques à celles qui seraient appliquées aux prestations en Belgique.

Si l'*assuré* est hospitalisé ou reçoit des soins dans un autre pays que ceux visés ci-dessus, les limites de remboursement sont identiques à celles qui seraient appliquées aux prestations en Belgique, avec un plafond absolu de 250.000 EUR par *année d'assurance* et par *assuré*.

Limite globale d'intervention

La limite globale de remboursement pour l'ensemble des garanties de base est fixée à 10.000.000 EUR par *année d'assurance* et par *assuré*. Ce montant n'est pas indexé.

Garantie « hospitalisation »

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

Dans ce cadre, sont remboursées les prestations suivantes :

- les *frais de séjour* ;
- les *médicaments* ;
- les honoraires médicaux et paramédicaux ;
- la location ou les frais de *prothèses* et d'*appareils orthopédiques* prescrits et préalablement acceptés par le médecin-conseil de la *Société*. Le remboursement pour les frais de *prothèses* est limité à 300% du barème de l'INAMI, pour autant qu'il y ait une *intervention légale*. S'il n'y a pas d'*intervention légale*, le remboursement est limité à 50% du coût total, avec un maximum absolu de 10.000 EUR ;
- les dispositifs médicaux invasifs, le matériel de consommation utilisé pour les interventions et les fournitures médicales s'ils font l'objet d'une *intervention légale*.

Les prestations suivantes sont également remboursées :

- les *frais de transport d'urgence vers l'hôpital*. Le remboursement pour le transport par un hélicoptère médicalisé est toutefois limité à 1.000 EUR par événement ;
- les *frais de soins palliatifs à l'hôpital* ;
- les *frais de morgue repris sur la facture de 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 *frais de séjour* d'un donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu à l'assuré ;
- les *frais de rooming-in* ;
- le test de la mort subite.

Les frais de transport, autres que le *transport d'urgence vers l'hôpital*, ne sont pas remboursés.

La garantie principale est également d'application pour les accouchements à domicile.

En extension de la garantie, sont également remboursés les frais liés aux coloscopies et gastroscopies pratiquées en dehors de l'hôpital.

Garantie « soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation »

Cette garantie complémentaire concerne les *soins ambulatoires* médicalement nécessaires prodigués dans le mois qui précède l'*hospitalisation* et dans les trois mois qui suivent la sortie de l'*hôpital*. La garantie vaut exclusivement si les *soins ambulatoires* sont en relation directe avec la cause de l'*hospitalisation*.

Dans ce cadre, sont remboursés :

- les frais de prestations médicales lors d'une visite ou d'une consultation ainsi que les soins infirmiers ;
- les *traitements* paramédicaux tels que kinésithérapie, physiothérapie et logopédie prescrits par un médecin et dispensés par un prestataire reconnu ;
- les *médicaments* prescrits pour la période définie au premier alinéa ;
- le *matériel médical* ;
- la location et les frais de *prothèses* et d'*appareils orthopédiques* prescrits pour la période définie au premier alinéa ou leur location, après approbation préalable du médecin-conseil de la *Société*. Le remboursement pour les frais de *prothèses* est limité à 300% du barème de l'INAMI, pour autant qu'il y ait une *intervention légale*. S'il n'y a pas d'*intervention légale*, le remboursement est limité à 50% du coût total, avec un maximum absolu de 10.000 EUR.

Ne sont pas remboursés :

- les frais d'entretien, de réparation et les pièces de rechange des *prothèses* et *appareils orthopédiques* ;
- les frais de transport, transport urgent inclus.

Garantie « maladies graves »

Cette garantie complémentaire concerne les *soins ambulatoires* médicalement nécessaires en relation directe avec une des *maladies graves* énumérées ci-après et dont le diagnostic est dûment établi :

cancer, leucémie, SIDA, sclérose latérale amyotrophique, brucellose, méningite cérébro-spinale, choléra, diabète, diphtérie, encéphalite, malaria, charbon, mucoviscidose, sclérose en plaques, affection rénale traitée par dialyse rénale, variole, poliomyélite, dystrophie musculaire progressive, tétanos, tuberculose, typhus, hépatite virale, fièvre typhoïde et paratyphoïde, maladie d'Alzheimer, maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, maladie de Pompe.

Dans ce cadre, sont remboursés :

- les frais de prestations médicales lors d'une visite ou d'une consultation ainsi que les soins infirmiers ;
- les *traitements* paramédicaux tels que kinésithérapie, physiothérapie et logopédie prescrits par un médecin et dispensés par un prestataire reconnu ;
- les *médicaments* prescrits ;
- le *matériel médical* ;
- la location ou les frais de *prothèses* et d'*appareils orthopédiques* prescrits et préalablement acceptés par le médecin-conseil de la *Société*. Le remboursement pour les frais de *prothèses* est limité à 300% du barème de l'INAMI, pour autant qu'il y ait une *intervention légale*. S'il n'y a pas d'*intervention légale*, le remboursement est limité à 50% du coût total, avec un maximum absolu de 10.000 EUR.

Ne sont pas remboursés :

- les frais d'entretien, de réparation et les pièces de rechange des *prothèses et appareils orthopédiques* ;
- les frais de transport, transport urgent inclus.

Ces frais sont remboursés, sur présentation d'un certificat médical, aussi longtemps que la *maladie* nécessite un *traitement*. Aucune *hospitalisation* préalable n'est requise.

Exclusions

Les garanties ne sont pas acquises pour les *traitements* suivants :

- les *traitements* dentaires, le placement de *prothèses* dentaires ou de matériel dentaire, la chirurgie dentaire et l'orthopédie dento-maxillo-faciale en ce compris les *traitements* parodontaux et orthodontiques, sauf si :
 - ces interventions font suite à un *accident* couvert ;
 - ces interventions sont la conséquence d'une *maladie* sans rapport avec les pathologies des dents, des gencives et des mâchoires. Dans ce cas, les frais ne seront remboursés qu'après approbation préalable du médecin-conseil de la *Société* et sur présentation d'un rapport médical attestant la nécessité de l'intervention ;
 - l'intervention concerne l'extraction des dents de sagesse, que cette intervention soit pratiquée à l'*hôpital* ou non.
- les *traitements* des mandibules ou des maxillaires ;
- les *traitements* de revalidation qui ne sont pas la suite directe et immédiate d'un *traitement* médical ou d'une intervention chirurgicale, pour laquelle la garantie est acquise ;
- les *traitements* expérimentaux ou non scientifiquement prouvés ;
- les *traitements* inhérents aux troubles de l'identité sexuelle ;
- les *traitements* à caractère esthétique, y compris la chirurgie plastique, même en cas de gêne fonctionnelle, sauf accord préalable du médecin-conseil de la *Société* ;
- les *traitements* anticonceptionnels (tels que la stérilisation) ;
- les *traitements* de procréation médicalement assistée (tels que l'insémination artificielle et la fertilisation in vitro) ;
- les cures telles que les cures de thermalisme, de thalassothérapie, d'hygiéno-diététique ou de désintoxication ;
- la vaccination légale ;
- la reconstruction mammaire, excepté en cas d'amputation suite à un cancer du sein, à une autre *maladie* grave, ou pour un porteur du gène du cancer du sein, après accord du médecin-conseil de la *Société* ;
- la chirurgie bariatrique (réduction gastrique), à l'exception des interventions chirurgicales qui bénéficient d'une *intervention* légale conformément à l'article 14 d) de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 13 juin 2010, M.B. 29 juin 2010.

De plus, les garanties ne sont pas acquises si l'*hospitalisation* et/ou les *soins ambulatoires* sont la conséquence :

- d'un fait de guerre, civile ou étrangère ;
- d'émeutes, de troubles civils et de tous actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sauf si l'*assuré* démontre qu'il n'y a pris aucune part active ou qu'il s'agit d'un cas de légitime défense. Toutefois, les garanties sont acquises si l'*hospitalisation* et/ou les *soins ambulatoires* sont la conséquence de faits de *terrorisme* selon les dispositions de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le *terrorisme*, tel que décrit à l'Article 5 « Sinistres / Modalités de remboursement » ;
- de l'usage d'armes ou d'engins destinés à exploser suite au changement de structure du noyau atomique ;
- d'une tentative de suicide ;
- d'un *sinistre* causé intentionnellement par l'*assuré*, excepté en cas de légitime défense ou de sauvetage de personnes ou de marchandises. Le *sinistre* causé intentionnellement est, dans le sens de cette clause, un acte volontaire qui cause un sinistre raisonnablement prévisible ;
- d'une participation volontaire à un crime ou à un délit, excepté le cas de légitime défense ;
- de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de *médicaments* ;
- d'un *accident* survenu à l'*assuré* lorsqu'il se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- sauf stipulation contraire, de la pratique d'un *sport rémunéré*.

Article 3 – Obligations des parties

Le *Preneur d'assurance*, l'*assuré principal* et les *assurés secondaires* éventuels sont tenus :

- de faire toutes les déclarations et communications nécessaires, par écrit ou par voie électronique, afin de permettre la bonne exécution du contrat d'assurance ;
- d'avertir au plus tard dans un délai de trente jours, *MedExel* de toute modification de statut de l'*assuré* (affiliation, perte de la qualité d'*assuré*...);
- de communiquer à la *Société* ou à *MedExel*, tous les renseignements lui permettant d'établir le droit aux prestations prévues au contrat d'assurance.

Si le *Preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne remplissent pas les obligations précitées, la *Société* a le droit de réduire sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi, voire de décliner sa garantie en cas de fraude.

Conformément à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, le *Preneur d'assurance* a l'obligation d'informer sans délai l'*assuré principal* de la possibilité, pour lui-même et pour les *assurés secondaires*, de payer individuellement une prime complémentaire pour leur permettre, en cas de poursuite de l'assurance à titre individuel telle que définie à l'Article 7, de bénéficier ultérieurement d'un tarif calculé sur base de l'âge atteint au moment du premier paiement de la prime complémentaire.

Le *Preneur d'assurance* a le devoir de communiquer à l'*assuré principal* les coordonnées de la *Société* au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice du *contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle*, et de l'informer du moment précis de cette perte et du droit de poursuivre individuellement son assurance soins de santé (voir Article 7).

Article 4 - Primes

Paiement des primes

Le montant des primes et les modalités de paiement sont définis aux conditions particulières.

Non-paiement des primes

Le non-paiement des primes peut entraîner la suspension de la garantie à condition que le *Preneur d'assurance* ait été mis en demeure par lettre recommandée.

La suspension de garantie prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement des primes échues met fin à cette suspension. Lorsque la *Société* a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservée la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 1. Dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension.

Article 5 - Sinistres

Déclaration de sinistre

Hospitalisation

Toute *hospitalisation* doit être déclarée sans retard à *MedExel*, et au plus tard, dans les trois mois de sa survenance. L'*assuré* ne perd pas le droit aux prestations prévues par le contrat si la déclaration est faite après ce délai pour autant que la preuve soit apportée que la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

a) *Hospitalisation programmée*

Chaque *assuré* a la possibilité de déclarer une hospitalisation programmée en utilisant son *AssurCard*. La déclaration peut être faite soit via le site web www.assurcard.be, soit via le kiosque *AssurCard* de l'hôpital le jour de l'admission, soit en téléphonant, pendant les heures d'ouverture, à *MedExel* au numéro 02 44 44 900.

En cas d'acceptation du système de tiers-payant, le suivi administratif lié à l'hospitalisation s'opère directement entre *MedExel* et l'hôpital. L'hôpital ne demande pas d'acompte et la facture est adressée directement à *MedExel*.

Si le système de tiers-payant n'a pas été accepté, il appartient à l'*assuré* de payer la facture à l'hôpital et de réclamer ensuite son remboursement à *MedExel*.

b) *Hospitalisation en urgence*

L'*assuré* déclare l'hospitalisation à *MedExel* au moyen du document « déclaration en cas de sinistre » qu'il peut se procurer soit via le site web www.medexel.be en utilisant un login personnel, soit en téléphonant, pendant les heures d'ouverture, à *MedExel* au numéro 02 44 44 900. L'*assuré* fait parvenir à *MedExel* le document précité dûment complété en y joignant les originaux de toutes les pièces justificatives nécessaires au remboursement des frais exposés.

Soins ambulatoires

Pour les *soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation et maladies graves* (en dehors de l'hôpital), les frais médicaux encourus sont remboursés par *MedExel* sur présentation des justificatifs et de l'attestation de la mutuelle.

Modalités de remboursement

En général

Dans les conditions et limites prévues aux conditions générales et particulières et sans préjudice des dispositions prévues ci-après, *MedExel* rembourse la totalité des frais exposés par l'*assuré* après déduction des *interventions légales* et des remboursements auxquels il a pu prétendre et notamment ceux prévus par l'assurance *hospitalisation* libre et complémentaire de sa mutuelle.

Lorsqu'une prestation facturée à l'*assuré* ne fait pas l'objet d'une *intervention légale*, *MedExel* rembourse cette prestation à concurrence de 50% du montant facturé.

Lorsque l'*assuré* ne bénéficie pas des *interventions légales* pour des raisons liées à sa situation personnelle, il sera tenu compte d'une intervention légale fictive correspondant à celle prévue pour un travailleur salarié dans les mêmes circonstances.

En cas d'accouchement à domicile, *MedExel* rembourse cette prestation à concurrence d'un montant forfaitaire de 650 EUR. En cas d'*hospitalisation* consécutive à une *maladie* psychique, psychiatrique ou à tout type de *maladies* dépressives, l'intervention est limitée à une durée maximale de deux années d'*hospitalisation*, consécutives ou non.

Le montant du remboursement tient compte de la *franchise* éventuelle.

Lorsque l'intervention est subordonnée à l'accord préalable du médecin-conseil de la *Société*, les dispositions suivantes sont d'application :

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

Sans accord préalable du médecin-conseil, il n'y aura aucune intervention, ni dans les frais d'*hospitalisation*, ni dans les frais de *soins ambulatoires*.

Terrorisme

L'intervention de la *Société* dans les *sinistres* consécutifs au *terrorisme* est soumise aux modalités supplémentaires suivantes, conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le *terrorisme*, appelée ci-après « la Loi ».

La *Société* est membre de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du *terrorisme*, survenus pendant cette année civile.

Ce montant est adapté, le 1^{er} janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

L'application de la Loi, la hauteur des engagements des entreprises d'assurance ainsi que les délais et pourcentages d'indemnisations sont soumis aux décisions du Comité constitué en application des articles 5 et suivants de la Loi.

Paiement des prestations

Le montant des prestations est payé à l'*assuré* ou à ses ayants droit ou à toute personne désignée expressément par l'*assuré*.

Le remboursement de la facture d'*hospitalisation* s'effectuera dans les dix jours ouvrables à partir de la date de réception de celle-ci par *MedExel* pour autant qu'elle soit en possession du dossier complet relatif aux frais médicaux de l'*assuré* et que le *sinistre* ait été accepté en fonction des conditions générales et particulières de l'assurance.

En cas d'application du système de tiers-payant, la facture d'*hospitalisation* est transmise à *MedExel* qui règle le montant directement à l'*hôpital* conformément aux dispositions des conditions générales et particulières de l'assurance. Le montant de la *franchise* éventuelle et les frais non couverts (tels que les frais divers et de confort) sont récupérés par *MedExel* auprès de l'*assuré*. Cette disposition s'applique également s'il est constaté que des frais repris sur la facture acquittée sont en rapport avec une exclusion contractuelle ou un risque non *assuré*.

Contestation d'ordre médical

Toute contestation d'ordre médical d'une décision prise par la *Société* devra être formulée par écrit dans les trente jours suivant la signification de ladite décision.

Toute contestation d'ordre médical est soumise à deux médecins experts, un désigné par l'*assuré* et l'autre par la *Société*.

Si les deux experts ne parviennent pas à un accord, ils choisissent un troisième expert dont l'avis sera prépondérant.

Si l'une des parties ne désigne pas son expert, ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation sera 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 du médecin expert qu'elle désigne, y compris tous les examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise. Chacune des parties supporte la moitié des frais et honoraires du troisième expert, y compris tous les examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Subrogation de la Société

La *Société* qui a accordé ou accordera la garantie est subrogée à concurrence du montant de cette garantie, dans les droits et actions de l'*assuré* contre les tiers responsables de l'*accident* ou de la *maladie*, leurs assureurs et/ou tout assureur qui, 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 automoteurs (M.B. 8 décembre 1989), est tenu d'intervenir.

L'*assuré* ne peut renoncer totalement ou partiellement au recours en faveur d'un tiers quelconque sans l'accord écrit de la *Société*.

L'*assuré* est tenu de communiquer à la *Société* tous les renseignements nécessaires afin que cette dernière puisse exercer son recours.

Article 6 – Fin des prestations

Les prestations de la *Société* prennent fin immédiatement :

- (i) au terme du *contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle* ;
- (ii) à la date de résiliation ;
- (iii) lorsque l'*assuré* ne répond plus aux conditions d'affiliation, telles que précisées dans les conditions particulières.

Si la *Société* a accepté d'intervenir en vertu des dispositions des conditions générales et particulières et que l'*assuré* perd sa qualité d'*assuré* durant une *hospitalisation*, les prestations pour les frais de cette *hospitalisation* restent acquises durant une période maximale de 6 mois, pour autant que celle-ci soit ininterrompue. Cette disposition n'est pas d'application pour les frais relatifs aux *soins ambulatoires post-hospitalisation*.

Article 7 – Poursuite individuelle de l'assurance

Principe et conditions

Si l'*assuré principal* compte au minimum deux années ininterrompues d'affiliation à un *contrat d'assurance soins de santé lié à l'activité professionnelle* et que l'*assuré* perd le bénéfice de l'assurance collective soins de santé lié à l'activité professionnelle (autrement que pour les raisons visées à l'article 208, §1er de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances), l'*assuré* a le droit de poursuivre individuellement son assurance soins de santé sans formalités médicales et sans *délai d'attente*.

Le contrat d'assurance soins de santé poursuivi individuellement sera établi sur base des conditions et de la tarification en vigueur pour les contrats d'assurance soins de santé individuels proposés par la *Société* au moment de la souscription de ce contrat.

Sauf en cas de préfinancement, la tarification tient compte de l'âge de l'*assuré* au moment de la souscription du contrat d'assurance soins de santé individuel.

Les garanties du contrat d'assurance soins de santé individuel sont similaires et limitées à celles du *contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle*.

En ce qui concerne la procédure à suivre et les délais à respecter pour faire valoir le droit à la poursuite individuelle de l'assurance, il est renvoyé aux dispositions des articles 208 et 209 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Préfinancement

MedExel informe le *Preneur d'assurance* de la possibilité pour l'*assuré* de payer individuellement des primes complémentaires. Le *Preneur d'assurance* transmet cette information sans délai à l'*assuré principal*.

Le paiement des primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année après année sans interruption, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle de l'assurance soins de santé, la prime est fixée en tenant compte de l'âge de l'*assuré* au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

Article 8 – Dispositions administratives et diverses

Protection des données personnelles

L'information mentionnée ci-dessous concerne la législation et la réglementation relatives à la protection des données personnelles. On entend par «données personnelles» toutes les données relatives à une personne physique que la *Société* obtient directement de l'*assuré principal* ou qui sont transmises à la *Société* par le *Preneur d'assurance* en ce qui concerne l'*assuré principal*. Ces données peuvent être automatiquement traitées ou non.

Transfert indirect de données

Lorsque l'*assuré principal* communique les données personnelles des *assurés secondaires* à la *Société* ou lorsque ces données sont fournies par le *Preneur d'assurance* à la *Société*, celle-ci demande à l'*assuré principal* d'informer les autres *assurés secondaires* de ce transfert de données, du traitement et des droits y afférents.

Finalités des traitements des données – Base légale – Destinataires des données

Finalités

Les données personnelles sont traitées par la *Société*, responsable du traitement en vue des finalités suivantes :

- l'affiliation à l'assurance collective soins de santé et l'exécution de ce contrat d'assurance (*)
- la réalisation des analyses des risques (*)
- le traitement de plaintes et de litiges éventuels (*)
- le calcul des provisions techniques (**)
- le respect des obligations légales et prudentielles (**)
- la détection et la prévention de la fraude (***)
- l'établissement de pronostics et de statistiques (***)
- les fins de marketing direct (***)

Si les données personnelles nécessaires ne sont pas transmises, il ne pourra être donné suite ni à l'affiliation au contrat d'assurance collective soins de santé ni à l'exécution de ce contrat.

Base légale

Les données personnelles sont traitées :

- (*) dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance entre le *Preneur d'assurance* et la *Société* auprès de laquelle l'*assuré principal* est employé ;
- (**) pour respecter les obligations légales ;
- (***) en vue de poursuivre les intérêts légitimes.

Destinataires des données

Aux fins énumérées ci-dessus, les données personnelles peuvent être communiquées aux entreprises qui font partie du groupe Fédérale Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de la *Société* ainsi qu'à d'autres parties tierces concernées, un service public compétent, un avocat ou un conciliateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

Confidentialité

Des mesures techniques et organisationnelles ont été prises pour garantir la confidentialité et la sécurité des données personnelles. Leur accès est limité aux collaborateurs qui les traitent dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions ou à ceux qui en ont besoin.

Conservation des données traitées

Les données traitées sont conservées par la *Société* pendant la durée nécessaire pour réaliser la finalité prévue. Cette durée sera prolongée du délai de prescription ainsi que de chaque durée de conservation qui est imposée par la législation ou par la réglementation.

Droits de l'affilié

L'assuré dont les données personnelles sont traitées peut :

- demander la consultation de ces données ;
- faire rectifier des données erronées ;
- faire effacer des données ;
- obtenir une limitation du traitement ;
- recevoir des données et/ou les transmettre à un autre responsable de traitement ;
- faire opposition au traitement.

Pour l'étendue et le champ d'application des droits mentionnés ci-dessus on fait référence à la politique de confidentialité du responsable de traitement sur le site web. Si les données personnelles sont utilisées pour le Marketing Direct, l'assuré peut toujours s'y opposer.

Toute question concernant les droits énumérés ci-dessus peut être introduite de l'une des manières suivantes :

- par courrier daté et signé au: Data Protection Officer - Rue de l'Etuve 12 - 1000 Bruxelles
- via e-mail à: privacy@federale.be.

L'assuré doit joindre à sa demande une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

Données de contact

De plus amples informations peuvent être trouvées sur www.federale.be ou être obtenues en adressant un e-mail à privacy@federale.be ou un courrier à Fédérale Assurance, à l'attention du Data Protection Officer – Rue de l'Etuve 12 à 1000 Bruxelles.

Une réclamation éventuelle relative au traitement des données personnelles peut être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plaintes

Toute plainte éventuelle relative au contrat d'assurance peut être adressée à Fédérale Assurance, Service Gestion des plaintes, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles (tél. : 02 509 01 89 - fax : 02 509 06 03 - gestion.plaintes@federale.be).

En cas de réponse non satisfaisante de notre Service Gestion des plaintes, la plainte peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (fax : 02 547 59 75 - info@ombudsman.as).

Ces dispositions sont sans préjudice du droit du *Preneur d'assurance* et de l'*assuré* d'intenter une action en justice.

Juridiction – Droit applicable

Les litiges entre parties portant sur l'exécution ou l'interprétation du contrat d'assurance relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges. Le droit belge est d'application y compris pendant la phase précontractuelle.

Domicile – Correspondance

Toute notification écrite d'une partie à l'autre est supposée être faite à la date de dépôt à la poste et s'effectue valablement à leur dernière adresse communiquée.

Lorsqu'une correspondance est adressée par la *Société* ou *MedExel* aux intervenants au contrat, les dossiers ou documents de la *Société* ou *MedExel* attestent du contenu de la lettre. Le récépissé de la poste fait foi de l'envoi lorsqu'il s'agit d'une lettre recommandée. Il est convenu qu'une lettre recommandée suffit à titre de mise en demeure.

Article 9 - Modification du contrat d'assurance et des conditions générales

En cas de modifications conventionnelles, légales ou réglementaires en matière de sécurité sociale ou d'assurance obligatoire sur les *accidents* du travail et les *accidents* sur le chemin du travail ou en matière de *maladies* professionnelles ou de modification de la loi sur les hôpitaux ou toute autre modification légale ou réglementaire ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties, la *Société* se réserve le droit de modifier les conditions d'assurance après en avoir avisé le *Preneur d'assurance*. Le *Preneur d'assurance* peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de la notification de la modification.

Si la *Société* souhaite modifier les conditions générales pour de justes motifs et dans les limites de la bonne foi, elle propose au *Preneur d'assurance*, par lettre ordinaire, d'appliquer les conditions générales modifiées à partir d'une date déterminée par elle.

PARTIE II – GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Les conditions d'assurance relatives à une hospitalisation à caractère imprévisible et/ou à une assistance à l'étranger sont détaillées aux conditions générales du contrat complémentaire « F-CARE – GARANTIES ASSUREES PAR EUROP ASSISTANCE » et aux conditions particulières du *contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle*.