

CONDITIONS GÉNÉRALES
ASSURANCE COLLECTIVE
« SOINS DE SANTÉ »

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	5
Article 1 : Objet de l'assurance	7
Article 2 : Sinistres	9
Article 3 : États préexistants	9
Article 4 : Exclusions	10
Article 5 : Expertise médicale	10
Article 6 : Limites territoriales et terrorisme	10
Article 7 : Entrée en vigueur et durée de l'assurance	10
Articles 8 à 10 : Primes	11
Article 11 : Modification du tarif	12
Article 12 : Subrogation	12
Article 13 : Taxes, impôts et cotisations	12
Articles 14 à 15 : Juridiction - Domicile	12
Article 16 : Dispositions générales	13

DÉFINITIONS

Pour l'interprétation des conditions générales, particulières et spéciales de la présente police, on entend par :

1. Ethias

Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 LIÈGE

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBEBB

2. Preneur d'assurance

La ou les personnes, physiques ou morales qui souscrivent l'assurance au bénéfice des assurés tels que définis au littera ci-après et qui est ou sont tenu(s) au paiement de la prime.

3. Assurés

Les personnes désignées aux conditions spéciales, pour lesquelles Ethias reçoit une demande d'adhésion et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

4. Maladie

Altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

5. Accident

Événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.

6. Franchise

Partie des frais qui, en tout état de cause, reste à charge de l'assuré et dont le montant est défini dans les conditions spéciales.

7. Délai d'attente

§1 Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle Ethias n'est redevable d'aucune intervention.

Le délai d'attente général est de trois mois.

§2 Ce délai est toutefois supprimé pour :

- a) les accidents ;
- b) les maladies infectieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos ;
- c) le conjoint en cas de mariage et le nouveau-né en cas de naissance, d'une personne déjà assurée par la présente police, pour autant que l'affiliation se fasse dans les trois mois qui suivent la date de l'événement.

§3 Par dérogation au § 1er, aucun délai d'attente n'est d'application pour les personnes qui bénéficiaient d'une assurance antérieure garantissant des avantages identiques pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois depuis l'affiliation de ces personnes à cette assurance et qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture entre les deux contrats.

8. Hôpital

Établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agréation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.

9. Hospitalisation

Tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept « one day clinic », pour autant que les conditions suivantes soient réunies :

- la salle d'opération ou la salle de plâtre a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers ;
- il doit s'agir des prestations dans le cadre des mini- et maxi- forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci avant et qu'Ethias ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

10. Établissement de soins palliatifs

Tout établissement de séjour reconnu destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement.

11. Intervention légale

- pour les frais exposés en Belgique :
tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- pour les frais exposés à l'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 fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

Cette assurance garantit, à concurrence des montants repris dans le chapitre « garanties » des conditions spéciales, le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extra-légales et la franchise éventuelle reprise aux conditions spéciales restant à charge des assurés.

A. EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, Ethias rembourse, à concurrence des limites définies au chapitre « garanties » des conditions spéciales, les frais de soins de santé, pour autant qu'ils soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

Ainsi, Ethias rembourse :

1. pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI :
 - a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à un ou deux lits ;
 - b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
 - c) les coûts des prestations paramédicales ;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques ;
 - e) les frais de chirurgie et d'anesthésie ;
 - f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement ;
 - g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses médicales ainsi que d'appareils orthopédiques, lunettes, appareils auditifs, prothèses médicales et membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées ;
 - h) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches ;
 - i) le test de la mort subite.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
 - a) les frais non remboursables de viscosynthèse et de matériel d'endoprothèse ;
 - b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - d) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acuponcture ;
 - e) les frais de bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux ;
 - f) les frais :
 - de transport approprié urgent vers l'hôpital ;
 - de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales ;
 - le service mobile d'urgence (SMUR) ;
 - g) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré ;
 - h) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 14 ans (rooming-in) ;
 - i) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. PRÉ- ET POST- HOSPITALISATION

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation.

Sont couverts pendant cette période :

1. pour les frais donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI :
 - a) les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin ;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
 - c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin ;
 - d) les frais de prothèses médicales ;
 - e) les frais de membres artificiels.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts pendant cette période :
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI ;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture ;
 - c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

C. EN CAS DE « MALADIE GRAVE »

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro hémorragique, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob et dystrophie musculaire progressive, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier en rapport direct avec la maladie.

Sont ainsi couverts :

1. pour les frais donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI :
 - a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie ;
 - b) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
 - c) les frais de prestations paramédicales ;
 - d) les frais de location de matériel divers ;
 - e) les médicaments ;
2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts :
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI ;
 - b) les frais de transport ;
 - c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture ;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical ;
 - e) tous les autres frais pour lesquels Ethias a marqué préalablement son accord.

D. ACCOUCHEMENT À DOMICILE, ACCOUCHEMENT EN POLYCLINIQUE ET FRAIS POSTÉRIEURS À L'ACCOUCHEMENT

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile et à un accouchement en polyclinique. Dans ces cas, les garanties du chapitre « pré et post hospitalisation » telles que mentionnées à l'article 1 B ci-dessus sont également d'application.

En outre, la garantie s'étend, dans les limites prévues dans les conditions spéciales, aux frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins postnatals reconnu, relatif à des soins dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide qualifiée.

ARTICLE 2

SINISTRES

a) Déclaration

Dans ce cas, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à Ethias :

- par internet sur www.ethiashospi.be ;
- via la borne AssurCard (système de tiers payant électronique) pour autant que l'hôpital en soit équipé ;
- ou, dans un hôpital où il est admis n'est pas équipé d'une borne AssurCard ou que le système de tiers-payant électronique ne peut être octroyé, aussi rapidement que possible par écrit au moyen du document prévu à cet effet.

L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement. Ethias pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.

b) Transmission des justificatifs de frais

L'assuré envoie à Ethias l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, attestations de remboursement de la mutualité de l'assuré, reçus de pharmacies, etc). Une copie ne suffit pas.

Sur transmission des documents visés aux points a) et b) ci-dessus, Ethias rembourse le montant des frais visés à l'article 1, sous déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite intervention ;
- du montant d'autres remboursements déjà perçus et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré ;
- du montant de la franchise contractuelle.

Si le système de tiers-payant électronique AssurCard est octroyé, la facture d'hospitalisation est directement transmise à Ethias par voie électronique.

Ce système de tiers-payant électronique est un système d'avances. Il ne signifie pas que la facture réglée par Ethias à l'hôpital est définitivement à charge d'Ethias.

Il se peut que certains frais ne soient pas inclus dans la garantie d'assurance (par exemple, à titre non exhaustif, les frais de téléphone, de location d'une télévision, la franchise). Ethias peut réclamer directement à l'assuré le montant des frais non couverts. L'assuré s'engage à rembourser la note de frais communiquée par Ethias dans les trente jours de sa réception. A défaut de remboursement dans ce délai, Ethias peut engager une procédure contre l'assuré. Il est précisé que le défaut de remboursement des sommes dues à Ethias peut entraîner la suppression du système de tiers-payant.

Ethias peut aussi récupérer par compensation le montant des frais qu'elle a réglés à l'hôpital et qui ne sont pas compris dans la garantie d'assurance, en les déduisant de tout remboursement ultérieur dû à l'assuré à quelque titre que ce soit.

c) Cessation du paiement des indemnités

Lors de la désaffiliation individuelle d'un assuré, les interventions d'Ethias cessent à la date de fin de l'affiliation individuelle.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les interventions d'Ethias cessent à partir de la date de fin du contrat.

ARTICLE 3

ÉTATS PRÉEXISTANTS

- Les prestations prévues à l'article 1 ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie, de l'invalidité, de la grossesse ou de l'accouchement pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation à la présente police, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.
- Par dérogation au littera a) ci-avant, pour les personnes dont l'affiliation à la présente police est facultative et qui bénéficiaient jusqu'à la date de leur affiliation à la présente police d'une couverture antérieure garantissant des avantages identiques, sont toutefois garantis l'affection, la maladie, l'accident, l'invalidité, la grossesse ou l'accouchement pour lesquels l'assuré était déjà couvert dans le cadre de la couverture antérieure dont il bénéficiait, pour autant que l'affiliation à la présente police ait lieu dans les trois mois suivant la première échéance annuelle de la couverture antérieure. Si ces personnes s'affilient à la présente police plus de trois mois après la première échéance annuelle de leur couverture antérieure, les dispositions reprises au littera a) ci-avant sont d'application.

ARTICLE 4 EXCLUSIONS

Les prestations résultant :

- a) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- b) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
 - 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ;
 - 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- c) de la stérilisation et de traitements contraceptifs, sauf raisons médicales impérieuses ;
- d) de techniques de procréation médicalement assistée et de cures thermales ;
- e) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire ; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- f) de la pratique en tant que professionnel(le), d'un sport quelconque ;
- g) des conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'assuré, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'assuré aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- h) de sinistres résultant de l'utilisation d'énergie nucléaire qui tombe sous l'application de la convention de Paris (loi du 22 juillet 1985) ou toute autre disposition légale qui remplacerait, modifierait ou compléterait cette loi ;
- i) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

ARTICLE 5 EXPERTISE MÉDICALE

Les prestations visées à l'article 1 ne sont accordées que sous réserve du droit pour Ethias de faire contrôler à tout moment par un médecin agréé par Ethias, l'état de santé de l'assuré. Le médecin choisi par l'assuré remet à l'assuré qui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à l'exécution du contrat.

ARTICLE 6 LIMITES TERRITORIALES ET TERRORISME

- a) Limites territoriales : il n'y a aucune limite territoriale, cette assurance est d'application dans le monde entier ;
- b) Terrorisme : la présente police couvre les dommages résultant d'un acte de terrorisme, conformément à la loi du 1er avril 2007 (M.B. du 15 mai 2007). Dans ce cadre, Ethias a adhéré à l'a.s.b.l. TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Tant le principe que les modalités d'indemnisation d'un sinistre résultant d'un acte de terrorisme sont déterminés par un Comité distinct des entreprises d'assurance qui est instauré par l'article 5 de la loi du 1er avril 2007.

ARTICLE 7 ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE DE L'ASSURANCE

L'assurance entre en vigueur au jour indiqué dans la police, à la condition expresse que celle-ci soit retournée signée par le preneur d'assurance à Ethias.

Les projets de police établis par Ethias ne peuvent être considérés, même après signature du proposant comme constituant une preuve ou un commencement de preuve d'une convention d'assurance.

L'assurance est conclue pour une première période qui prend fin à la première échéance annuelle.

Le contrat est renouvelé à l'échéance par reconduction tacite pour des périodes successives d'un an sauf lorsqu'une des parties s'y oppose par lettre recommandée envoyée par la poste au moins trois mois avant l'échéance du contrat.

L'assurance d'une durée inférieure à une année ne se renouvellera pas de plein droit.

► PRIMES

ARTICLE 8

Les garanties de l'assurance sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur la base des primes individuelles mentionnées aux conditions spéciales.

Le preneur d'assurance communiquera à Ethias la liste nominative (nom, prénoms, date de naissance) des personnes à assurer tout d'abord à la souscription de la police accompagnée des demandes d'adhésion et, ensuite, à chaque échéance annuelle suivante.

Le preneur d'assurance communiquera également :

- les nouvelles affiliations et les démissions qui surviendraient dans le cours de l'année d'assurance. En ce qui concerne les nouveaux affiliés, ils bénéficieront des garanties de la police dès le jour où Ethias reçoit la communication de leur affiliation ;
- les modifications dans la composition de la famille des assurés, susceptibles de modifier la prime (naissance, décès, mariage, etc.). Les modifications de prime et de garanties interviendront à la date même de l'événement, pour autant que la demande soit introduite dans les trois mois.

A chaque échéance, il sera perçu une prime provisoire d'après la liste nominative dont question ci avant ; cette prime sera régularisée en fonction des nouvelles adhésions et modifications survenues dans le courant de l'année d'assurance.

La prime est le prix de l'assurance. Elle est quérable et payable d'avance sur présentation de la facture ou de l'avis d'échéance.

ARTICLE 9

En cas de non-paiement de la prime, la garantie est suspendue ou le contrat est résilié par lettre recommandée comprenant sommation à payer dans un délai de quinze jours à compter à partir du lendemain de son dépôt à la poste.

La suspension ou la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter à partir du lendemain de son dépôt à la poste.

Si la garantie est suspendue :

- a) le paiement des primes échues par le preneur d'assurance, éventuellement majorées des intérêts, met fin à la suspension ;
- b) à défaut de paiement, Ethias peut résilier le contrat.

La prime impayée et les primes venues à échéance pendant le temps de la suspension sont acquises à Ethias à titre d'indemnités forfaitaires limitées à deux années consécutives.

Aucun événement pendant la période de suspension ne peut engager Ethias et la prime payée pendant ou après un sinistre éventuel ne relève pas le preneur d'assurance ou l'assuré de la déchéance.

ARTICLE 10

En cas d'hospitalisation ou de maladie grave :

- a) avant d'avoir payé la première prime ;
- b) ou après la date de suspension indiquée à l'article 9,

l'assuré ne peut faire appel à intervention et la prime payée après le début de l'hospitalisation ou de la maladie grave ne donne pas droit à une prise en charge des frais exposés à l'occasion de celles-ci.

De plus, chaque interruption de la garantie entraîne l'application de nouveaux délais d'attente, identiques à ceux renseignés à l'article « définitions ».

ARTICLE 11 MODIFICATION DU TARIF

Si Ethias augmente son tarif, l'adaptation tarifaire est d'application à partir de l'échéance annuelle qui suit la date de sa notification au preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trente jours de sa notification.

Si l'adaptation tarifaire lui est notifiée moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance conserve la faculté de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de ladite notification.

Si Ethias réduit son tarif, le preneur d'assurance en bénéficiera à partir de l'échéance annuelle suivante.

ARTICLE 12 SUBROGATION

L'assureur est, du fait des indemnités accordées dans le cadre du présent contrat, subrogé dans tous les droits que détient l'assuré :

- contre toute personne civile ou morale responsable ou objectivement responsable de l'accident et son assureur
- contre le débiteur des indemnités prévues en application de l'article 29bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs,
- contre tout débiteur d'indemnités et son assureur.

ARTICLE 13 TAXES, IMPÔTS ET COTISATIONS

Les frais de poursuites en paiement des primes et des suppléments de primes, ceux de contrats d'assurance et d'avenants, les droits de timbre et d'enregistrement, les amendes et autres accessoires sont à charge du preneur d'assurance.

Il en est de même du coût des pièces et documents à fournir par le preneur d'assurance à l'occasion d'un sinistre.

Tous impôts, taxes et frais établis ou à établir, sous une dénomination quelconque, par quelque autorité que ce soit, à charge d'Ethias, du chef des primes perçues ou des sommes assurées, sont et seront exclusivement supportés par le preneur d'assurance et les assurés et seront perçus en même temps que la prime.

► **JURIDICTION - DOMICILE**

ARTICLE 14

Toutes les contestations entre les assurés et Ethias auxquelles donnerait lieu l'exécution du présent contrat, soit en demandant, soit en défendant, seront soumises aux tribunaux compétents.

Les amendes fiscales et les frais d'enregistrement qui seraient dus en raison de la production en justice du contrat d'assurance, des avenants et, éventuellement, de la proposition d'assurance, seront à charge de la partie succombante.

ARTICLE 15

Pour être valables, les communications ou notifications destinées à Ethias doivent être faites à son siège en Belgique ; celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à Ethias.

ARTICLE 16 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Il est de convention expresse entre les parties que la lettre recommandée dont il est question dans différents articles de la police, constitue, par dérogation à l'article 1139 du Code civil, une mise en demeure suffisante et qu'il sera définitivement justifié de l'envoi de cette lettre par le récépissé de la poste, et de son contenu par les copies de lettres ou les dossiers d'Ethias.

Le preneur d'assurance s'oblige à la réception de toutes lettres et correspondances recommandées ou autres que lui adresseraient Ethias ou ses mandataires autorisés ; il sera responsable de toute infraction à cette obligation.

En cas de refus d'acceptation de ces lettres et correspondances, elles seront considérées comme lui étant parvenues.

Les clauses, conditions et stipulations, tant manuscrites qu'imprimées, de la présente police et de ses avenants sont de convention expresse et ne pourront dans aucun cas être réputées comminatoires, l'assurance n'étant contractée que sous la foi de leur pleine et entière exécution.

Numéro de police	: 85.499.070	Courtier	: Marsh (8004)
N° d'affilié	: 115343	Avenant n°	:
Police remplacée n°	:		

CONDITIONS PARTICULIERES

Les présentes conditions particulières complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires. Il en va de même en ce qui concerne les éventuelles conditions spéciales vis-à-vis des conditions générales. L'ensemble de ces conditions forment un tout et constituent la base du contrat.

PRENEUR D'ASSURANCE

Ordre des avocats du barreau de Bruxelles

Palais de Justice
Place Poelaert,
1000 Bruxelles

RISQUE ASSURE : assurance collective "soins de santé"

DATE DE SOUSCRIPTION	DATE D'EFFET	DATE D'ECHEANCE	DATE D'EXPIRATION
23 septembre 2013	1 ^{er} janvier 2014	01/01	31 décembre 2016


Fait en double exemplaire à Liège.

SIGNATURES

Pour le Comité de direction,


Olivier MASSART
Responsable de service

Le Preneur d'assurance,

 Michel V. P. B. B. B.
BIBANIER

Numéro de police	: 85.499.070	Courtier	: Marsh (8004)
N° d'affilié	: 115343	Avenant n°	:
Police remplacée n°	:		

CONDITIONS SPECIALES

ASSURES

Sont désignés comme '*titulaires*' :

Les avocats inscrits au tableau, à la liste des stagiaires ou à celle des avocats communautaires de l'Ordre des avocats du Barreau de...

Sont désignés comme '*assurés facultatifs*' :

Les avocats honoraires et les membres du personnel administratif du barreau, qu'ils travaillent en qualité de salarié ou d'indépendant.

Sont désignés comme '*coassurés facultatifs*' :

Le conjoint ou cohabitant du '*titulaire*' ou de l' '*assuré facultatif*'.

Les enfants des personnes mentionnées ci-avant, domiciliés sous le même toit ou sous le toit du conjoint séparé ou divorcé.

AFFILIATION

L'affiliation est obligatoire pour le '*titulaire*' et facultative pour les autres assurés.

Il est précisé que :

- 1) aucune formalité médicale n'est demandée préalablement à l'affiliation à la présente police ;
- 2) toutes les personnes couvertes par le précédent contrat souscrit en la matière par le preneur d'assurance et qui remplissent au-delà du 31 décembre 2013 les conditions d'affiliation à ce précédent contrat sont affiliées à la présente police avec effet au 1^{er} janvier 2014, sans délai d'attente ;
- 3) le délai d'attente de six mois pour les affiliations tardives dont question au point 1. du chapitre « déclarations » des présentes conditions spéciales n'est pas d'application :
 - pour les assurés dont l'affiliation à la présente police est obligatoire ;
 - pour toute personne dont l'adhésion est confirmée avant le 1^{er} mars 2014 ;
 - pour toute personne dont l'affiliation a lieu dans un délai de trois mois suivant le moment à partir duquel elle remplit les conditions d'affiliation.
- 4) l'affiliation de tout nouveau '*titulaire*' prend effet le premier jour du mois de son inscription ou de sa réinscription au Barreau, le procès-verbal du Conseil de l'Ordre faisant foi ;
- 5) sans préjudice des dispositions reprises aux points 2) et 3) ci-dessus, l'affiliation des '*assurés facultatifs*' et '*coassurés facultatifs*' prend effet au premier jour du mois de la réception de la demande d'adhésion ;
- 6) l'affiliation d'un nouveau-né prend effet sans délai d'attente à sa date de naissance pour autant que son adhésion soit confirmée dans les trois mois suivant sa naissance ; si tel n'est pas le cas, son affiliation est une affiliation tardive et, par dérogation au point 1 du chapitre « déclarations » des présentes conditions spéciales, prend effet au premier jour du mois de la réception de la demande d'adhésion ;
- 7) tout désaffiliation de la présente assurance sera effective le 1er jour du mois qui suit le mois de la réception par Ethias de la demande de désaffiliation ;

- 8) si le '*titulaire*' ou l' '*assuré facultatif*' désire affilier les membres de sa famille, il est tenu d'affilier obligatoirement tous les '*coassurés facultatifs*' remplissant les conditions d'affiliation ;
- 9) l'affiliation des '*coassurés*' facultatifs prend automatiquement fin lorsqu'il est mis fin à l'affiliation du '*titulaire*' ou de l' '*assuré facultatif*' sauf en cas de décès de l'un de ceux-ci auquel cas l'affiliation du veuf/de la veuve ou du cohabitant ainsi que des orphelins peut être maintenue aussi longtemps qu'un remariage n'intervient pas.
Les enfants nés dans les neuf mois suivant le décès du '*titulaire*' ou de l' '*assuré facultatif*' peuvent également être affiliés à la présente assurance ;
- 10) les assurés qui atteignent l'âge de 65 ans continuent automatiquement et sans demande expresse, à bénéficier des garanties de la présente assurance, pour autant que la prime reste payée conformément aux dispositions prévues et qu'ils remplissent les conditions d'affiliation au présent contrat;
- 11) les avocats qui deviennent avocats honoraires peuvent continuer, ainsi que les membres assurés de leur famille, à bénéficier, à partir du 1er janvier suivant la date à partir de laquelle ils deviennent avocats honoraires, de la présente assurance collective, pour autant qu'ils en fassent la demande écrite à Ethias dans les trois mois suivant leur inscription à la liste des avocats honoraires, le procès-verbal du conseil de l'Ordre faisant foi ;
- 12) le '*titulaire*' ou l' '*assuré facultatif*' est tenu d'informer Ethias de toute modification intervenant dans son ménage (mariage, cohabitation, naissance, adoption, divorce, séparation, décès...) afin de régulariser la couverture des personnes concernées ; celle-ci prend effet à la date de l'événement pour autant qu'Ethias en soit averti dans les trois mois suivant sa survenance ;
- 13) en cas d'omission du tableau de l'Ordre, de la liste des stagiaires ou de la liste des avocats communautaires en cours d'année civile, les '*titulaires*', les '*assurés facultatifs*' et les '*coassurés facultatifs*' peuvent rester affiliés jusqu'à la fin de l'année en cours à moins qu'ils ne fassent part à Ethias, dans le mois de la décision d'omission prise par le conseil de l'Ordre, de leur volonté de se désaffilier. En ce dernier cas, leur désaffiliation prend effet conformément aux dispositions du point 7) du présent chapitre ;
- 14) les interventions d'Ethias cessent à la date à laquelle le bénéficiaire perd la qualité d'assuré.

GARANTIES

- A. Pour chaque prestation accordée à l'article 1 des conditions générales, donnant lieu à une intervention légale, la garantie d'Ethias est accordée de manière illimitée, nonobstant l'application des limites spécifiques reprises aux points suivants du présent chapitre.
- B. Complémentairement à l'article 1 des conditions générales, les frais de soins palliatifs sont remboursés à concurrence de € 100 par jour et par assuré, qu'ils soient exposés lors du séjour en milieu hospitalier, ou dans le cadre des frais pré- et post- hospitaliers tel que défini à l'article 1.B. des conditions générales, ou dans le cadre de la médecine ambulatoire en relation directe avec le traitement des maladies graves reprises à l'article 1.C. des conditions générales, ou à domicile.
- C. Les litteras suivants sont ajoutés au point A.2. de l'article 1 des conditions générales :
 - j) les frais de séjour du conjoint ou cohabitant dans la chambre de l'assuré hospitalisé ;
 - k) les frais de location de matériel médical (les cautions ne sont pas remboursées).
- D. Les litteras d) et e) suivants sont ajoutés au point B.2. de l'article 1 des conditions générales :
 - d) les frais de location de matériel médical (les cautions ne sont pas remboursées) ;
 - e) les frais d'achat de matériel médical repris dans la liste exhaustive suivante : attelle, minerve, herniaire, bandages de pression pour les grands brûlés, paire de béquilles (pour autant qu'il y ait eu une intervention orthopédique concernant les membres inférieurs), déambulateur (lorsqu'il s'agit d'une affection orthopédique ou neurologique), seringues et bandelettes de test pour les patients atteints du diabète.
- E. A la liste des maladies graves reprises à l'article 1.C. des conditions générales sont ajoutées la fièvre typhoïde et paratyphoïde, la brucellose, la maladie de Lyme, la mononucléose et le syndrome de Treacher-Collins.
- F. Le littera f) suivant est ajouté au point C.2. de l'article 1 des conditions générales :
 - f) les frais de location de matériel médical (les cautions ne sont pas remboursées).

- G. Par dérogation au littera B. de l'article 1 des conditions générales, les frais médicaux pré- hospitaliers sont ceux encourus dans les 90 jours avant l'hospitalisation.
- H. Complémentairement au littera B. de l'article 1 des conditions générales, les frais de kinésithérapie faisant suite à une affection traumatologique ou orthopédique sont considérés comme post- hospitaliers s'ils sont encourus pendant une période de 365 jours après l'hospitalisation.
- I. Le remboursement des frais de prothèses, d'implants et d'appareils orthopédiques est limité au quadruple du montant de l'intervention légale.
- J. Les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale visés aux articles 1.A.2. et 1.B.2. des conditions générales, sont remboursés :
- a) Si l'hospitalisation a lieu en chambre commune ou à deux lits :
à concurrence de € 1.250,00 par assuré et par année calendrier pour l'ensemble des frais non remboursables de viscerosynthèse et de matériel d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale et de frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - b) Si l'hospitalisation a lieu en chambre à un lit :
à concurrence de 50% des frais exposés et € 1.250,00 par assuré et par année calendrier pour l'ensemble des frais non remboursables de viscerosynthèse et de matériel d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale et de frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - c) À concurrence de 50% des frais exposés pour les frais de traitement homéopathique, d'acuponcture, d'ostéopathie ou de chiropraxie.
- K. Les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale visés à l'article 1.C.2. des conditions générales sont remboursés à concurrence de 50% des frais exposés et de € 1.250,00 par assuré et par année calendrier pour l'ensemble des frais :
- De médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI ;
 - De traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acuponcture ;
 - De produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical, location de matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout autre produit généralement disponible dans le commerce non médical.
- L. Le remboursement des frais de séjour dont question aux litteras h) et j) (inséré par le point C. du présent chapitre) du point A.2 de l'article 1 des conditions générales est limité à € 25,00 par nuit.
- M. L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est accordée à concurrence de € 1.250,00.
- N. Les frais de transport liés aux maladies graves (article 1.C.2.b. des conditions générales) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de € 250,00 par personne et par année calendrier.
- O. Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention d'Ethias n'est octroyée que pour des périodes de séjour cumulées ne dépassant pas deux ans, à compter du premier jour qui donne droit à un remboursement.
- P. L'intervention pour les frais visés au dernier paragraphe de l'article 1. D. des conditions générales est accordée pendant une période maximum de douze jours après la fin de l'hospitalisation ou l'accouchement à domicile et à concurrence de maximum € 500,00.
- Q. Les exclusions dont question au littera b) de l'article 4. des conditions générales ne sont pas d'application si l'assuré prouve qu'elles n'ont aucun rapport de causalité avec les faits et les frais qui font l'objet de la demande d'intervention.

FRANCHISE

La franchise est fixée à :

- € 261,77 par an et par assuré pour les frais visés au littera A. de l'article 1 des conditions générales;
- € 261,77 par accouchement pour les frais visés au littera D. de l'article 1 des conditions générales;
- € 261,77 par an et par assuré pour les frais visés au littera B. de l'article 1 des conditions générales ;
- € 261,77 par an et par assuré pour les frais visés au littera C. de l'article 1 des conditions générales ;

Dans le cas où la franchise est d'application pour une hospitalisation ininterrompue ayant lieu à cheval sur deux années calendrier consécutives, Ethias n'appliquera la franchise qu'une seule fois.

Lorsque plusieurs membres d'une même famille assurée par le présent contrat sont hospitalisés en même temps suite à un accident, Ethias appliquera une seule fois la franchise pour tous les membres de la famille et non séparément pour chaque membre.

PRIME

Les garanties de la présente police sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur base des primes individuelles suivantes :

- Assuré de 0 à 24 ans inclus : € 65,00
- Assuré de 25 à 64 ans inclus : € 135,00
- Assuré à partir de 65 ans : € 465,05

Ces primes sont à majorer de la cotisation INAMI (10% actuellement) et sont garanties pour une période de trois ans à dater de la prise d'effet du présent contrat.

DECLARATIONS

1. Les dispositions du point 7. de l'article « définitions » des conditions générales sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 7. Délai d'attente

Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle Ethias n'est redevable d'aucune intervention.

Ce délai est de six mois pour les affiliations tardives, c'est-à-dire pour les affiliations qui ne sont pas confirmées dans les trois mois suivant le moment à partir duquel la personne concernée remplit les conditions d'affiliation ».

2. L'article 3 des conditions générales est abrogé.
3. Pour les personnes domiciliées à l'étranger, deux situations peuvent se présenter :
 - l'assuré bénéficie de la sécurité sociale belge : cette situation n'a aucun impact sur l'indemnisation telle que définie ci-avant ;
 - l'assuré ne bénéficie pas de la sécurité sociale belge : en cas de demande d'intervention, Ethias déduit le montant le plus important obtenu par comparaison entre le montant fictif qu'aurait remboursé la sécurité sociale belge si l'assuré en avait bénéficié et le montant de remboursement dont il a effectivement bénéficié par le système de sécurité sociale par lequel il est couvert.
4. Complémentairement et par dérogation à l'article 8 des conditions générales :
 - a. Les primes qui ne sont pas prises en charge par le preneur d'assurance sont facturées par Ethias directement au domicile des assurés.
 - b. A chaque échéance annuelle, Ethias établit une facture annuelle anticipative sur base de la liste des assurés à cette date :
 - Globale pour les 'titulaires', adressée au preneur d'assurance (trésorier de l'Ordre) ;
 - Individuelle pour les 'assurés facultatifs' et 'coassurés facultatifs', transmise directement au domicile de ceux-ci.
 - c. Le paiement de ces factures est :
 - Mensuel pour les factures globales ;
 - Annuel et anticipatif pour les factures individuelles.

- d. Les primes relatives aux affiliations et désaffiliations intervenant dans le courant de l'année d'assurance sont facturées ou créditées :
- Globalement, au terme de l'année d'assurance pour les primes relatives aux '*titulaires*' ;
 - Au fur et à mesure de leur survenance, par l'envoi d'une facture ou d'une note de crédit individuelle directement à leur domicile pour les '*assurés facultatifs*' et '*coassurés facultatifs*'.
5. Par dérogation à l'article 7 des conditions générales, Ethias s'engage à ne pas résilier le présent contrat avant le 31 décembre 2016.
6. Par dérogation à l'article 11 des conditions générales, Ethias s'engage à ne pas modifier le niveau de prime, les garanties et la franchise applicables dans le cadre du présent contrat avant le 31 décembre 2016.
7. Le 'Service Level Agreement' établi par Ethias et joint à la présente police fait partie intégrante du contrat d'assurance.

Service Level Agreement
Plan collectif hospitalisation Avocats.be

Ethias s'engage à :

1. Octroyer à l'ensemble des bénéficiaires l'accès au système de tiers-payant AssurCard. Les hôpitaux participant représentent plus de 86% des lits disponibles dans les hôpitaux belges ;
2. En cas de déclaration de sinistre « papier », envoyer un accusé de réception dans les cinq jours ouvrables ; toutefois, si le bénéficiaire joint en même temps qu'il déclare le sinistre l'intégralité des documents nécessaires à la gestion de celui-ci, aucun accusé de réception n'est transmis et le paiement des sommes dues en vertu des garanties octroyées sont payées dans les cinq jours ouvrables suivant la réception desdits documents ; lorsque l'ensemble des pièces justificatives ne sont pas jointes à la déclaration de sinistre, le paiement des sommes dues intervient dans les cinq jours ouvrables suivant leur réception ;
3. Éditer l'ensemble des documents nécessaires à la gestion, tant du point de vue de la production que des sinistres, sans surcoût ;
4. Envoyer un mailing à l'ensemble des bénéficiaires, présentant le nouveau programme et les modalités d'exécution de celui-ci ;
5. Organiser des séances d'information, à la mise en place du nouveau programme mais aussi en cours d'exécution du contrat ;
6. Mettre au point, en collaboration avec le preneur, un système automatisé d'envoi et d'enregistrement des données relatives aux personnes bénéficiaires de ce programme ;
7. Mettre à disposition des gestionnaires, tant pour les aspects production que sinistre, spécifiquement dédiés à la gestion de ce contrat,

Des lignes téléphoniques et adresses mails spécifiques à ce contrat seront mises à disposition.

Les contacts avec les gestionnaires pourront avoir lieu pendant les jours et heures de bureau. En outre, les call centers généraux d'Ethias ainsi que les gestionnaires d'Ethias service seront accessibles 24h sur 24 et seront spécifiquement formés afin de pouvoir répondre aux questions les plus courantes posées dans le cadre de la gestion de ce contrat.

8. Transmettre des attestations de couverture aux bénéficiaires sur base d'une simple demande ;
9. Élaborer un système de reporting en collaboration avec le preneur ; l'ensemble des bases de données relatives à la gestion des sinistres est à disposition du preneur et peut faire l'objet d'un traitement personnalisé en fonction des desiderata du preneur ;
10. Satisfaire aux dispositions de la loi dite « Verwilghen » en matière de continuation individuelle et de préfinancement de la prime y afférente.