Allianz

CARE HOSPITAL

Conditions générales

SOMMAIRE

I. Le contrat d'assurance 3

II. Les garanties 3

1. Introduction 3
2. Soins médicaux pendant une hospitalisation 3
3. Rapatriement et Assistance 5
4. Étendue territoriale des garanties 8
5. Conditions générales d'intervention, limitations et exclusions 8

III. La demande et le calcul de l'intervention 9

6. Comment faire la demande ? 9
7. Comment s'effectue le décompte ? 10
8. Comment s'effectue le paiement ? 10

IV. Les assurés 11

9. Qui peut s'affilier ? 11
10. Quand l'affiliation prend-t-elle fin ? 12
11. Le droit à la continuation individuelle de l'assurance 12

V. Les primes 13

12. Qui paie la prime ? 13
13. Quel est le montant de la prime ? 13
14. Comment payer la prime ? 14
15. Que se passe-t-il en cas de non-paiement des primes ? 14

VI. Dispositions diverses 14

16. Obligations du preneur d'assurance et des assurés 14
17. Durée du contrat 15
18. Modification du contrat 15
19. Conflits et plaintes 15
20. Conflits d'intérêt 16

VII. Définitions 16

I. LE CONTRAT D'ASSURANCE

Article 1 : Le contrat d'assurance
Allianz Medical Plan est un contrat d'assurance soins de santé lié à l'activité professionnelle (Loi relative aux assurances de 2014) qui assure aux affiliés, le remboursement des frais médicaux ainsi que des services à la suite d'une maladie, d'une grossesse, d'un accouchement et en cas d'accident. Le contrat d'assurance est conclu entre, **Vous**, le preneur d'assurance, comme décrit dans les conditions particulières, et **Nous**, Allianz Benelux SA l'assureur ayant son siège social - Boulevard du Roi Albert II, 32, 1000 Bruxelles, RPR Brussel, BTW BE 0403.258.197.

Article 2 : Les composantes du contrat
Le contrat d'assurance comprend différentes parties, qui doivent être lues et interprétées ensemble :
- les conditions particulières, qui précisent les choix du preneur d'assurance ;
- les conditions générales, qui décrivent les conditions et garanties de l'assurance en détail ;
- les avenants éventuels signés de commun accord.

II. LES GARANTIES

1. Introduction

Allianz Medical Plan rembourse les frais médicaux à charge de l'assuré et assure des services complémentaires. C'est un produit **digital**, dans lequel l'affiliation, la déclaration des sinistres et le remboursement des frais se font de manière entièrement électronique. Il n'est pas possible de nous communiquer des pièces en papier. Ce chapitre décrit les frais remboursés pour chaque garantie, ainsi que les conditions qui doivent être remplies pour obtenir le remboursement, les limitations applicables au remboursement, et les frais non remboursés. Ce chapitre doit être lu et compris avec les conditions, les limitations et les exclusions applicables au contrat.

2. Soins médicaux pendant une hospitalisation

Qu'est-ce qui est assuré ?

Article 3 : Description des frais remboursés
Nous remboursons, selon les conditions du contrat, les frais d'hospitalisation en cas de maladie, d'accident, de grossesse et d'accouchement. Les soins médicaux doivent être prodigués pendant une hospitalisation qui comprend au moins une nuit, ou pendant une hospitalisation de jour (one day clinic). L'accouchement peut avoir lieu à l'hôpital ou à domicile.
Nous intervenons dans les frais restant à charge de l'assuré hospitalisé suivants :
- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales ;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique ;
- les frais de médicaments et le matériel médical ;
- les frais de biologie clinique, de radiologie, d'imagerie médicale ;
- le test dit « de la mort subite », pour le nourrisson ;
- les frais pour les soins palliatifs ;
- les frais de transport par ambulance routière ou par hélicoptère exposés en Belgique ;
- les frais de séjour ;
- les frais mortuaires repris sur la facture d'hospitalisation.

Nous intervenons aussi dans les frais d'hospitalisation d'une autre personne :
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé, avec un maximum de 2.500 EUR ;
- les frais d'hébergement d'un parent, dans la chambre de l'enfant âgé de moins de quatorze ans.

Article 4 : Conditions générales d'intervention

Pour le remboursement de tous les frais d'hospitalisation, les conditions suivantes doivent être remplies :
- les frais médicaux doivent être en relation directe avec la cause de l'hospitalisation ;
- les frais médicaux doivent être prescrits et prestés par des dispensateurs de soins reconnus, dans un hôpital reconnu et pendant la durée de l'hospitalisation ;
- les frais médicaux doivent être éprouvés sur le plan thérapeutique et médicalement nécessaires ; sont donc exclues toutes prescriptions effectuées à titre de confort et de luxe.

Article 5 : Conditions spécifiques d'intervention

Pour certains frais d'hospitalisation, notre remboursement est soumis aux conditions supplémentaires suivantes :
- en cas d'hospitalisation de jour (one day clinic), nous intervenons pour autant :
  - qu'il s'agisse d'une institution reconnue comme one day clinic ;
  - qu'un forfait d'hôpital de jour prévu par l' AMI soit porté en compte sur la facture d'hospitalisation et
  - qu'il soit fait usage d'un lit d'hôpital après avoir effectivement reçu des soins médicaux à l'hôpital. Ceci implique que nous n'intervenons pas pour le simple passage dans les salles d'attente ou d'examens de l'hôpital, ou tout autre espace de consultation de l'établissement hospitalier ;
- pour la chirurgie oculaire (opération de la cataracte) effectuée en dehors d'un hôpital général ou universitaire reconnu, nous intervenons pour autant qu'elle soit effectuée dans un environnement extra-muros ambulatoire répondant aux normes architecturales et légales d'une fonction 'hospitalisation chirurgicale de jour' et aux conditions de notification requises par l'AMI pour le remboursement, et ce jusqu'à un maximum de 600 € par intervention et par œil;
- pour les traitements administrés à domicile reconnus par l'AMI comme frais d'hospitalisation, nous intervenons comme pour une hospitalisation de jour ;
- pour les frais suivants, les conditions requises par l'AMI pour un remboursement, doivent être remplies :
  - tous les frais dans le cadre du traitement contre **la stérilité** « fécondation in vitro » ou toute autre technique de reproduction artificielle. Les frais relatifs à la conservation des cellules en vue de la reproduction ne sont pas remboursés ;
  - tous les frais pour les traitements de **chirurgie plastique - esthétique** qui ont un caractère fonctionnel ;
- les frais d'hospitalisation pour les **maladies neurologiques ou psychiques** sont remboursés pour autant qu'un diagnostic de certitude puisse être établi sur base de symptômes objectifs ;
- pour les **frais de transport** en Belgique, de et vers l'hôpital, nous intervenons pour autant que :
  - l'état de santé de l'assuré transporté le nécessite ;
  - le transport soit en relation directe avec l'hospitalisation ;
  - et qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé ;
- pour les hospitalisations concernant les **soins dentaires**, le matériel dentaire, les prothèses dentaires, les prestations de stomatologie, la chirurgie dentaire et l'orthopédie maxillo-dentaire faciale (en ce compris les traitements orthodontiques) qui sont la conséquence d'une maladie, nous intervenons pour autant qu'il s'agisse d'une maladie autre que des pathologies des dents, des gencives et des mâchoires. Cette condition supplémentaire ne s'applique pas si les frais médicaux sont la conséquence d'un accident.

Article 6 : Limitations de la garantie

Cette assurance permet le libre choix pour l'assuré d'être hospitalisé dans une chambre à un lit, une chambre à deux lits ou une chambre commune. Si l'assuré devait être hospitalisé dans une chambre à un lit, nous rembourserions les frais comme s'ils avaient été exposés dans une chambre à deux lits ou dans une chambre commune. L'intervention est limitée dans les cas suivants :
- pour toutes les hospitalisations :
  - l'intervention dans les frais de séjour est calculée sur base d'une chambre commune ou à deux lits ;

  - nous remboursons les honoraires à charge du patient, à l'exclusion de tous les suppléments d'honoraires ;
  - nous remboursons maximum une fois l'intervention de l'AMI :
    - pour les médicaments avec intervention de la mutuelle à charge de l'assuré et le petit matériel médical ;
    - pour tous les autres frais en ce compris les prothèses, les implants, les nouvelles technologies et les nouveaux traitements avec intervention de la mutuelle. Le maximum est calculé par prestation médicale ;
  - nous remboursons à 50 % les médicaments sans intervention de la mutuelle ;
- pour les frais relatifs à un accouchement à domicile, nous intervenons à concurrence de maximum 650 EUR ;
- les frais relatifs au traitement des affections nerveuses ou mentales ne sont remboursés que pour une durée d'hospitalisation totale de maximum deux ans. Nous calculons cette durée en additionnant toutes les périodes, consécutives ou non, d'hospitalisation liées à la maladie neurologique ou mentale à partir du début de la première hospitalisation ;
- le total de notre intervention est limité aux plafonds d'intervention repris dans les présentes conditions générales et les conditions particulières.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Article 7 : Exclusions de la garantie

Nous n'intervenons pas dans les frais d'hospitalisation qui concernent les traitements suivants :
- toute forme de contraception et stérilisation, en ce compris les suites et conséquences ;
- toute forme de traitement esthétique et toute forme de chirurgie plastique-esthétique qui n'a pas un caractère fonctionnel, en ce compris les suites et conséquences ;
- une hospitalisation pour laquelle l'assuré s'est rendu intentionnellement en dehors de la Belgique afin d'y recevoir des soins sans accord du médecin conseil de la mutuelle.

Nous n'intervenons jamais :
- dans les frais d'une hospitalisation en cours au moment de l'affiliation de l'assuré ;
- dans les frais d'une hospitalisation qui prend cours pendant le délai d'attente de 12 mois appliqué en cas d'affiliation tardive d'un membre de la famille (sauf en cas d'accident).

3. Rapatriement et Assistance

Qu'est-ce qui est assuré ?

Article 8 : Appels, Assistance et rapatriement depuis l'étranger

Pour toute situation où l'assuré a besoin d'assistance, il doit prendre contact avec Allianz Partners, AWP P&C SA au numéro +32 2 773 61 09. Allianz Partners, AWP P&C SA, ci-après dénommée l'assisteur, reçoit les appels, organise l'assistance et assure le rapatriement de l'assuré vers la Belgique. En cas de séjour privé ou professionnel (c'est-à-dire à l'occasion d'activités administratives, culturelles ou commerciales à l'exclusion de toute activité technique et sportive notoirement dangereuse) à l'étranger, la garantie assistance est acquise pour tout assuré victime d'une maladie ou d'un accident :
- **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 l'assisteur ne peut se substituer. Les frais engagés à l'étranger sont remboursés uniquement sur production des justificatifs originaux :
  - le transport vers le médecin ou l'établissement hospitalier le plus proche pour recevoir les premiers soins, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1.000 EUR ;
  - le transport local par ambulance si celui-ci est prescrit par un médecin.

  Les obligations d'assistance de l'assisteur consistent :
  - à organiser tous contacts nécessaires entre son service médical et le médecin traitant et, au besoin, le médecin habituel de l'assuré ;

– à prendre les décisions nécessaires 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, 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 également assuré, pour accompagner la personne transportée ou rapatriée jusqu'à son lieu de destination.
– à organiser le transport décidé jusque dans l'établissement hospitalier le plus susceptible d'apporter les soins adéquats ; en cas de rapatriement, le transport est organisé jusque dans un établissement hospitalier reconnu, proche du domicile de l'assuré en Belgique, ou, si son état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à son domicile en Belgique.

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.

- **Avance de frais médicaux :**
  Si l'assuré doit exposer immédiatement des frais médicaux, l'assisteur peut lui en faire l'avance.
- **Présence au chevet de l'assuré hospitalisé :**
  Lorsque l'assuré est hospitalisé au cours d'un déplacement à l'étranger qu'il effectue sans être accompagné, l'assisteur organise le déplacement aller-retour d'un parent 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 dans les sept jours à dater de la déclaration de l'événement, délai non requis si l'enfant hospitalisé est un enfant de moins de dix-huit ans. L'assisteur participe également aux frais d'hébergement de ce parent se rendant au chevet de l'assuré jusqu'à concurrence d'un maximum de 620 EUR.
- **Rapatriement des autres membres de la famille assurés qui accompagnent l'assuré hospitalisé :**
  Si un événement entraîne l'hospitalisation d'un parent à l'étranger et empêche les enfants mineurs accompagnant cet assuré de rejoindre leur résidence en Belgique, l'assisteur organise et prend en charge le retour des enfants mineurs du lieu de l'immobilisation jusqu'à leur résidence en Belgique. De plus, si aucune autre personne ne peut assumer la garde des enfants mineurs accompagnant l'assuré, l'assisteur organise et prend en charge leur accompagnement par une personne désignée par la famille et habitant en Belgique. L'assisteur prend en charge le déplacement aller-retour et les frais d'hébergement de l'accompagnateur si nécessaire et à concurrence d'une nuitée maximum. Si un événement qui conduit à l'hospitalisation d'un membre de la famille assuré, empêche les autres assurés de la famille accompagnant l'assuré hospitalisé de rejoindre leur résidence en Belgique, l'assisteur organise et prend en charge leur retour du lieu d'immobilisation jusqu'à leur domicile en Belgique.
- **Rapatriement en cas de décès :**
  Lorsqu' au cours d'un séjour, un assuré décède à l'étranger, l'assisteur organise depuis l'établissement hospitalier ou la morgue, le transport ou le rapatriement de la dépouille mortelle jusqu'au domicile en Belgique du défunt ou jusqu'au lieu d'inhumation proche du domicile. Le remboursement des frais (sauf les frais de cérémonie et d'inhumation) s'effectue jusqu'à concurrence d'un maximum de 1.490 EUR.
- **Frais de recherche et de sauvetage :**
  L'assisteur rembourse à concurrence d'un maximum de 5.000 EUR par personne assurée, les frais de fonctionnement engendrés pour la recherche ou le sauvetage après un accident ou une disparition.
- **Envoi de médicaments et de matériel :**
  Si l'assuré perd ses médicaments, prothèses, lunettes ou lentilles ou s'ils sont volés, l'assisteur prévoit leur remplacement et leur envoi ; ceci uniquement dans les cas où les médicaments et/ou le matériel sont indispensables à l'assuré, ont été prescrits par un médecin et à la condition qu'aucune alternative ne soit disponible à l'étranger. Les médicaments et prothèses doivent être reconnus par la sécurité sociale belge. En ce qui concerne les médicaments, un accord préalable du médecin conseil de l'assisteur est requis et l'intervention de l'assisteur peut être refusée si l'usage de ces médicaments est interdit par la législation locale. Le prix d'achat des médicaments et/ou du matériel doit être remboursé par l'assuré dans un délai de 30 jours à partir du paiement par l'assisteur.

- **Doctor on call**
  Si l'assuré est frappé par un problème de santé sérieux et inattendu pendant son séjour à l'étranger, l'assisteur organise et prend en charge un contact téléphonique avec un médecin en Belgique. L'assuré pourra exposer son problème de santé au médecin et discuter des précautions éventuelles à prendre.
- **Aide psychologique**
  L'aide psychologique décrite ci-dessous est organisée par téléphone à l'étranger, si celle-ci est requise immédiatement.
  – pour l'assuré : l'assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire qui est la conséquence d'une hospitalisation de 5 nuits minimum à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 5 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.
  – pour les parents proches : l'assisteur organise et paie l'aide psychologique nécessaire pour les parents proches de l'assuré décédé à la suite d'un accident et pour autant que l'aide psychologique soit prescrite par un médecin. L'aide psychologique est limitée à maximum 10 sessions chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique.

Article 9 : Initiative des prestations, décision et responsabilité

Toute prestation doit être demandée par appel téléphonique au numéro +32 2 773 61 09 accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention. Dès lors qu'il est avisé de la survenance d'un événement donnant lieu à l'assistance, l'assisteur a la maîtrise des opérations à conduire et décide seul des assistances qu'il organise ainsi que du mode de transport à fournir. L'obligation générale de garantie de l'assisteur est suspendue dès qu'il se voit refuser sa proposition d'intervention ou toute demande de contacts, de renseignements (y compris ceux relatifs à d'éventuelles autres assurances ayant le même objet et portant sur les mêmes risques que ceux couverts par le présent contrat), d'examens, d'attestations ou de certificats qu'il juge utile pour apprécier l'événement invoqué, en mesurer la gravité, en déterminer les circonstances, relever l'existence éventuelle d'une cause d'exclusion de garantie ou établir un lien de parenté requis. L'organisation par un assuré ou par son entourage de l'une des prestations garanties ci-dessus (self - assistance), tout comme l'engagement de toute dépense y relative ne peut donner lieu à remboursement que si l'assisteur a été prévenu de cette procédure et a préalablement et expressément marqué son accord en communiquant un numéro de dossier. Si l'assisteur n'a pas marqué son accord, il se réserve le droit de refuser son intervention.

Article 10 : Les engagements financiers de l'assisteur

Le coût des assistances organisées par l'assisteur reste à sa charge dans les limites prévues par le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. Cependant, toute prestation ne pouvant en aucun cas constituer une source de profit financier, l'assisteur déduit des frais qu'il supporte ceux qui auraient été engagés si le sinistre n'avait pas eu lieu, tels les frais de train, d'autocar, d'avion ou de traversée maritime, les péages divers et le carburant du véhicule, et se réserve le droit de demander les titres de transport non utilisés. Les frais de communication à l'étranger (téléphone, téléfax, télex, télégramme, internet) : ces frais sont remboursés sur justificatifs pour tout appel à l'assisteur relatif à une assistance garantie par le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. Les frais engagés dans les cas de self-assistance ne sont remboursés que dans la limite de ceux que l'assisteur aurait engagés si, tenu d'intervenir, il avait lui-même organisé l'assistance. Reconnaissance de dette : le coût des services prestés ainsi que tout paiement effectué par l'assisteur et dont la prise en charge ne lui incombe point, constituent une avance consentie au bénéficiaire. Celui-ci s'engage à la rembourser dès réception de l'invitation à payer lui envoyée par l'assisteur. Après trente jours, les sommes dues sont majorées forfaitairement de 20 % avec un minimum de 123,95 EUR ainsi que d'un intérêt de 1 % par mois écoulé.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Article 11 : Exclusions

Les garanties d'assistance aux personnes sont exclues dans les cas suivants :
- la convalescence et l'affection en cours de traitement ;
- la rechute d'une maladie constatée avant le déplacement et comportant un risque réel d'aggravation ;

- les frais engagés après le moment fixé par l'assisteur pour le rapatriement de l'assuré au cas où celui-ci ou ses proches refusent que le rapatriement ait lieu audit moment ;
- quand l'assuré s'est rendu intentionnellement en dehors de la Belgique afin d'y recevoir des soins.

4. Étendue territoriale des garanties

Article 12 : Couverture dans le monde entier

Le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle sort ses effets dans le monde entier pour autant que les conditions du contrat soient respectées. Les frais exposés pendant une hospitalisation en dehors de la Belgique et du pays de résidence pour les transfrontaliers, seront remboursés si l'hospitalisation présente un caractère d'urgence. Nous intervenons dans les frais exposés à l'étranger pour un montant maximum de 100.000 EUR par assuré par année sinistre.

5. Conditions générales d'intervention, limitations et exclusions

Article 13 : L'accord préalable du médecin conseil d'Allianz Benelux

Pour les prestations énumérées ci-dessous, nous n'intervenons que si l'assuré a demandé l'accord à notre médecin conseil avant le début du traitement :

- traitements d'orthodontie, placement de prothèses ou de matériel dentaire, traitement de parodontologie en cas de souscription de 'l'Extension aux soins dentaires';
- les soins dentaires et traitements dentaires prodigués par un stomatologue durant une hospitalisation en cas de souscription de la garantie 'Hospitalisation';
- la chirurgie plastique et réparatrice ;
- les prothèses et matériel orthopédiques ;
- les traitements de l'obésité ;
- tous les traitements médicaux pour lesquels l'assuré se rend volontairement à l'étranger ou dans le cas où l'assuré fait volontairement appel à un prestataire étranger.

Le médecin conseil de la compagnie d'assurances apprécie sur base des rapports circonstanciés (description du traitement, durée et prix demandé) qui lui sont soumis, la pertinence, 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 15 jours avant le début du traitement ou la date prévue pour l'hospitalisation.

Article 14 : Les dommages causés par le terrorisme

L'assisteur et nous intervenons pour les dommages causés par le terrorisme dans le cadre, les limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. Allianz Benelux SA est membre du pool sectoriel TRIP asbl, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi.

Article 15 : Exclusions applicables à toutes les garanties

L'assisteur et nous n'intervenons jamais dans les frais qui sont :

- directement ou indirectement provoqués par :
  - la guerre ou tout autre évènement à caractère militaire ;
  - une émeute, des troubles civils, tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire ;
  - la participation volontaire à un crime, un délit ou une bagarre ;
  - une tentative de suicide ;
  - l'alcoolisme ou la toxicomanie, ainsi que les maladies ou accidents et leurs conséquences survenus à l'assuré alors qu'il se trouvait en état d'ivresse ou sous l'influence de l'alcool, de stupéfiants, de produits hallucinogènes ou d'autres drogues ou ceux causés par l'abus de médicaments, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement ;

  - 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 autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
  - par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
  - toute activité sportive rémunérée en ce compris l'entraînement au sens de la loi du 24 février 1978 concernant le contrat de travail des sportifs professionnels ;
- causés par un acte intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ou résultant de tout acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens.

Le présent contrat n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanctions économiques, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

III. LA DEMANDE ET LE CALCUL DE L'INTERVENTION

6. Comment faire la demande ?

Article 16 : La déclaration d'une hospitalisation

Chaque assuré qui dispose d'une carte électronique **AssurCard**, a la possibilité de déclarer immédiatement et digitalement une hospitalisation en Belgique par le système d'échange de données sécurisé d'AssurCard, mis à sa disposition. Pour les hospitalisations en dehors de la Belgique ou pour lesquelles le système AssurCard n'est pas disponible, l'assuré doit déclarer sans délai un sinistre à son assureur et au plus tard, dans les trois mois de sa survenance. Si la déclaration est faite après ce délai, l'assuré ne perd pas le droit au remboursement, s'il apporte la preuve qu'il a fait sa déclaration aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire. L'assuré nous fait parvenir la déclaration de sinistre **digitale** dûment complétée en y joignant une copie **digitale** des originaux de toutes pièces justificatives (facture de l'hôpital en cas d'hospitalisation), certificats et rapports de nature à prouver l'existence des frais couverts. Il n'est pas possible de nous communiquer des pièces en papier. Allianz peut à tout moment réclamer les originaux des pièces.

Article 17 : AssurCard

Chaque assuré dispose d'une carte électronique. Cette carte fait en sorte que l'assuré ne doit pas avancer les frais médicaux (paiement d'acompte) lors d'une hospitalisation dans un hôpital équipé de l'AssurCard. Nous payons dans ce cas directement la facture d'hospitalisation à l'hôpital. Lorsque l'assuré (ou son représentant) fait usage de son AssurCard, il accepte les conditions suivantes :

- l'assuré donne son accord pour transmettre les données médicales au médecin conseil de l'entreprise d'assurances. Cet accord sera renouvelé lors de chaque hospitalisation ;
- les frais non couverts par le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle ainsi que la franchise seront réclamés à l'assuré principal membre du personnel du preneur d'assurance. Le membre du personnel versera à l'assureur, le montant mentionné dès réception du décompte.

Il est important que l'employé assuré rembourse les montants restant à sa charge et réclamés par l'assureur dans les plus brefs délais. À défaut, les étapes suivantes peuvent être entreprises :

- nous envoyons une première lettre de rappel. À ce moment, nous suspendons tout paiement relatif au contrat ;
- si le membre du personnel assuré n'a pas remboursé les frais après le premier rappel, il recevra un deuxième rappel de notre part, dont copie sera envoyée au preneur d'assurance ;
- si l'employé assuré ne paie pas dans un délai de cinq jours à partir de la date du deuxième rappel, il ne pourra plus faire usage de sa carte AssurCard, ainsi que les membres de sa famille. Nous sommes à ce moment en droit de réclamer la (les) carte(s) concernée(s) à l'assuré et/ou au preneur d'assurance ;

- finalement, nous faisons part à l'assuré par lettre de notre volonté de l'assigner pour les montants impayés. Nous lui signifions également que cette procédure entraîne la perte de sa qualité d'assuré.

Article 18 : L'appel à l'assistance

En cas de demande d'assistance, l'assuré téléphone au n° +32 2 773 61 09 dès la survenance de tout événement pouvant justifier une intervention. L'assisteur et nous pouvons réclamer toutes pièces complémentaires jugées nécessaires pour l'évaluation et la gestion du sinistre. Par son affiliation au contrat, l'assuré s'engage à demander ces documents à son médecin traitant. Une copie digitale des documents justificatifs doit être en possession de l'entreprise d'assurances dans un délai d'un an à dater du début du sinistre. Allianz peut à tout moment réclamer les originaux des pièces. Toutes les données d'ordre médical sont constatées par le médecin conseil de l'entreprise d'assurances et/ou de l'assisteur. Si les documents ne permettent pas au médecin conseil d'arrêter son opinion, l'assuré accepte de répondre favorablement aux contrôles et examens médicaux qui lui seront demandés à cette fin.

7. Comment s'effectue le décompte ?

Article 19 : Calcul du remboursement des frais d'hospitalisation

Sur base de votre demande, nous calculons le remboursement des frais de la manière suivante :

- du total des frais d'hospitalisation assurés, nous retirons d'abord les montants suivants :
  - le montant de l'intervention de l'AMI ou le montant de l'intervention de la sécurité sociale du pays de résidence. Si l'assuré, pour quelque raison que ce soit, ne peut pas faire appel à une intervention de la sécurité sociale, nous soustrayons un montant fictif identique au montant des interventions légales déterminées sur base de la nomenclature et prévues par la législation sociale belge AMI - secteur soins de santé - régime des salariés;
  - le montant de tous autres remboursements relatifs aux frais exposés en ce compris les remboursements dont l'assuré bénéficie dans le cadre de l'assurance hospitalisation libre et complémentaire de sa mutuelle ;
- sur le montant des frais d'hospitalisation ainsi obtenu, nous appliquons les limitations prévues par le contrat ;
- en dernière instance, nous appliquons les montants maximums (plafonds) prévus dans les conditions générales et particulières.

8. Comment s'effectue le paiement ?

Article 20 : Paiement de la facture d'hospitalisation

Chaque assuré qui dispose d'une **AssurCard**, a la possibilité de bénéficier du tiers payant lors d'une hospitalisation dans un hôpital en Belgique équipé de l'AssurCard, pour autant que l'entreprise d'assurances ait donné son accord pour le remboursement des frais. Dans ce cas, la facture d'hospitalisation nous est transmise par l'hôpital et nous réglons directement ce montant à l'établissement hospitalier conformément aux conditions générales et particulières de la présente convention. Si le tiers payant ne peut être appliqué, nous réglons le montant des prestations à l'assuré, membre du personnel- assuré principal de l'entreprise qui a souscrit le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle ou à ses héritiers ou à toute personne désignée expressément par cet assuré. Le remboursement de la facture d'hospitalisation s'effectuera dans les dix jours calendrier de la réception de celle-ci par l'entreprise d'assurances 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 du présent contrat. Dès que la garantie du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle est due, ou dans le cas où l'entreprise d'assurances l'aurait déjà payée, celle-ci est subrogée dans les droits qui peuvent appartenir au preneur d'assurance ou à l'assuré contre tous les tiers responsables. Le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours en faveur d'un tiers quelconque sans l'accord écrit de l'entreprise d'assurances. Le preneur d'assurance et/ou l'assuré sont tenus de communiquer à l'entreprise d'assurances tous les renseignements nécessaires afin que cette dernière puisse exercer son recours vis à vis des tiers.

IV. LES ASSURÉS

9. Qui peut s'affilier ?

Article 21 : Affiliation au contrat

Le preneur d'assurance affilie les membres du personnel, tels que définis dans les conditions particulières, au présent contrat d'assurance maladie. Le membre du personnel - assuré principal choisit d'affilier les membres de sa famille. L'affiliation des membres du personnel a lieu au plus tôt à partir de la date de leur entrée en service. L'affiliation des membres de la famille est effective à la date de la demande d'affiliation, à condition que la première prime ait été payée dans le délai prévu. Au moment où le membre du personnel et les coassurés sont affiliés, ils bénéficient des garanties proposées par le contrat. La date d'affiliation est mentionnée sur l'attestation d'assurance que nous vous envoyons. Les délais d'attente éventuels sont comptés à partir de cette date.

Article 22 : Affiliation obligatoire du personnel

Chaque travailleur faisant partie de la catégorie des membres du personnel mentionnée dans les conditions particulière et qui répond aux conditions suivantes, doit être affilié comme assuré principal dans un délai de trois mois :

- être engagé par un contrat d'emploi par le preneur d'assurance et être effectivement au travail chez le preneur d'assurance au moment de l'affiliation ;
- ne pas avoir atteint l'âge de 65 ans, sauf dans le cas où il est toujours effectivement au travail ;
- être affilié à la sécurité sociale belge et avoir sa résidence principale en Belgique ou dans un pays de l'Union Européenne et être considéré comme travailleur frontalier. Un travailleur frontalier est toute personne qui exerce une activité salariée dans un État membre de l'Union Européenne et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Les administrateurs - délégués et les gérants sous statut d'indépendant pour lesquels une rémunération est allouée ou attribuée régulièrement et au moins une fois par mois par le preneur d'assurance, sont assimilés à des membres du personnel engagés sous contrat de travail. Chaque travailleur doit être affilié dans un délai de trois mois. Les primes sont dues à partir de la date de prise d'effet du contrat (pour les membres du personnel existants) ou de la date d'entrée en service (pour un nouveau travailleur). Les conditions générales et particulières du présent contrat ne s'appliquent pas aux membres du personnel - assuré principal et leur famille - coassurés qui séjournent en dehors de la Belgique plus de trois mois sous le statut de personnel détaché, expatrié ou tout autre régime spécifique impliquant une résidence prolongée à l'étranger.

Article 23 : Affiliation facultative des membres de la famille

L'assuré principal peut demander l'affiliation des membres de sa famille suivants comme coassurés :

- le conjoint ou le cohabitant légal ou de fait, qui bénéficie de la Sécurité Sociale Belge et a sa résidence principale en Belgique à la même adresse que le membre du personnel ;
- les enfants de l'assuré principal, de son conjoint ou de son cohabitant, de moins de 25 ans et bénéficiant d'allocations familiales.

Dans le cas où le conjoint, le cohabitant légal ou le partenaire d'un transfrontalier ainsi que les enfants résident dans un autre pays de l'Union Européenne, ils doivent fournir la preuve qu'ils résident à la même adresse que le membre du personnel et qu'ils bénéficient de la sécurité sociale belge ou de celle du pays dans lequel ils résident. L'assuré principal qui demande l'affiliation des membres de la famille doit le faire pour l'ensemble des membres de la famille.

Article 24 : Procédure d'affiliation

La demande d'affiliation doit se faire dans un délai de trois mois à partir de la date d'entrée en service du membre du personnel, pour lui-même et les membres de sa famille, sans formalité médicale. Ensuite, toute demande pour affilier un membre de la famille doit se faire dans les trois mois de l'ouverture du droit à l'affiliation ou de la modification de la composition de la famille (mariage, naissance, domiciliation du cohabitant légal à l'adresse du membre du personnel - assuré principal). En cas d'affiliation facultative, après le délai de trois mois, l'affiliation est considérée comme tardive et nous appliquons un délai d'attente de douze mois pendant lequel les frais de soins de santé ne sont pas remboursés.

Cette période d'attente de douze mois s'applique également lorsque les membres de la famille sont affiliés de nouveau après que l'assuré principal ait arrêté l'affiliation des membres de la famille. Le nouveau-né acquiert la qualité d'assuré le jour de sa naissance pour autant que la demande d'affiliation soit en possession de l'entreprise d'assurances dans les trois mois de la naissance et que le membre du personnel - assuré principal et les membres de la famille - coassurés soient affiliés au moment de cette naissance.

10. Quand l'affiliation prend-t-elle fin ?

Article 25 : Pour les membres du personnel

Le membre du personnel perd sa qualité d'assuré (principal) :

- lorsqu'il n'est plus sous contrat de travail ou sous statut d'indépendant auprès du preneur d'assurance ou qu'il ne fait plus partie de la catégorie des membres du personnel telle que définie dans les conditions particulières ;
- lorsqu'il opte pour le régime de pension ou de RCC (régime de chômage avec complément d'entreprise) ;
- lorsqu'il atteint l'âge de 65 ans sauf s'il est encore effectivement au travail chez l'employeur au-delà de 65 ans ;
- lorsqu'il met fin expressément à son affiliation. L'affilié qui met fin à son affiliation ne pourra plus demander son affiliation ultérieurement sauf s'il apporte la preuve qu'il était assuré ailleurs, pour une couverture identique et sans interruption de couverture ;
- lorsqu'il ne rembourse pas les frais ou la franchise restant à sa charge et qui lui sont réclamés après utilisation de son AssurCard.

Article 26 : Pour les membres de la famille

Les membres de la famille perdent leur qualité de (co-)assuré :

- lorsque le membre du personnel - assuré principal perd la qualité d'assuré ou en cas de décès du membre du personnel - assuré principal ;
- l'enfant perd la qualité de co-assuré lorsqu'il a atteint l'âge de 25 ans, ne bénéficie plus des allocations familiales, ou n'est plus à charge de l'assuré principal totalement ou partiellement en raison du divorce, de la fin de la cohabitation légale ou de la cohabitation ;
- le conjoint perd la qualité de co-assuré en cas de divorce, ou s'il n'est plus soumis à la Sécurité Sociale Belge ou la sécurité sociale du pays de résidence ;
- le cohabitant (légal) perd la qualité de co-assuré lorsqu'il est mis fin à la cohabitation (légale) et qu'il n'est plus domicilié à l'adresse du membre du personnel - assuré principal ou s'il n'est plus soumis à la Sécurité Sociale Belge ou la sécurité sociale du pays de résidence ;
- lorsque le membre de la famille - coassuré met fin expressément à son affiliation, il ne pourra plus demander son affiliation ultérieurement sauf s'il apporte la preuve qu'il était assuré ailleurs, pour une couverture identique et sans interruption de couverture ;
- pour le membre du personnel - assuré principal et sa famille - coassurée, lorsque le membre du personnel ne rembourse pas les frais ou la franchise indiquée aux conditions particulières qui lui sont réclamés après utilisation de son AssurCard.

11. Le droit à la continuation individuelle de l'assurance

Article 27 : Poursuite à titre individuel de la garantie hospitalisation

Lorsque l'assuré principal compte au minimum deux années non interrompues d'assurance dans un contrat d'assurance maladie soins de santé et qu'il perd le bénéfice de l'assurance maladie lié à l'activité professionnelle pour des raisons non expressément exclues par la loi, il a le droit de poursuivre l'assurance hospitalisation individuellement sans formalité médicale et sans délai d'attente. Les coassurés bénéficient du même droit. Le contrat individuel sera établi sur base des conditions et de la tarification en vigueur pour les contrats d'assurance individuelle offerts par l'entreprise d'assurances au moment de la souscription de ce contrat. Toutefois les garanties octroyées sont similaires et limitées à celles offertes dans le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite

ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel celui-ci et le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée. L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, individuellement. L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent du droit de prolonger ce délai de trente jours à condition d'en informer l'entreprise d'assurances par écrit ou par voie électronique. Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, il dispose d'un délai de 105 jours à partir du moment où il perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle. Dans tous les autres cas, la continuation à titre individuelle se fera avec formalités médicales.

V. LES PRIMES

12. Qui paie la prime ?

Article 28 : Prise en charge des primes

Les primes sont prises en charge, sauf indications contraires dans les conditions particulières :

- par le preneur d'assurance pour garantir les avantages assurés en faveur des membres du personnel - assurés principaux ; il paie ces primes globalement et entièrement à nous, l'entreprise d'assurances ;
- par les membres du personnel - assurés principaux pour garantir les avantages assurés en faveur des coassurés ; Ils paient ces primes à nous, l'entreprise d'assurances.

13. Quel est le montant de la prime ?

Article 29 : Montant de la prime

Le montant de la prime est repris dans les conditions particulières. Les frais mensuels inclus dans la prime sont indiqués par garantie (taxe et cotisation AMI non comprises). La prime est majorée de la taxe et de la cotisation applicable en matière d'assurance complémentaire soins de santé.

Article 30 : Indexation de la prime

La prime mentionnée dans les conditions particulières varie annuellement en fonction :

- de l'indice des prix à la consommation, Publié au moniteur Belge, en vigueur au mois de juin qui précède la date d'échéance principale du présent contrat ; ou
- du dernier indice médical spécifique connu, si l'évolution de l'indice médical spécifique est supérieure à l'évolution de l'indice des prix à la consommation à la même date.

Les indices médicaux spécifiques sont appliqués en fonction des garanties choisies. L'entreprise d'assurances notifiera cette variation de la prime au preneur d'assurance. L'indexation de la prime ne peut être invoquée par le preneur d'assurance pour résilier le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Article 31 : Modification de la prime

Si la prime mentionnée dans le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle est insuffisante pour couvrir les garanties octroyées, nous pouvons revoir les conditions du contrat et la prime à la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance. Nous notifierons par lettre recommandée au preneur d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat la modification intervenue. Lors de chaque notification, le preneur d'assurance peut

résilier le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle dans les deux mois à dater de la notification faite par l'entreprise d'assurances.

14. Comment payer la prime ?

Article 32 : Paiement des primes
Les primes sont mensuelles et payables d'avance par virement ou par domiciliation bancaire. Elles sont dues à partir du premier jour du mois d'affiliation. Pour les personnes affiliées dans la première quinzaine du mois (1-15), une prime mensuelle est calculée par personne. Pour les personnes affiliées dans la deuxième quinzaine du mois (16-31), la prime du mois de l'affiliation n'est pas réclamée. Pour les personnes qui quittent le contrat d'assurance durant la première quinzaine du mois (1-15), la prime mensuelle n'est pas réclamée. Pour les personnes qui quittent le contrat d'assurance durant la deuxième quinzaine du mois (16-31), la prime du mois de sortie est réclamée. Les primes sont majorées de tous suppléments tels que taxes et cotisations, présentes ou futures sauf mention contraire dans les conditions particulières.

15. Que se passe-t-il en cas de non-paiement des primes ?

Article 33 : Conséquences du non-paiement des primes
Le non-paiement d'une prime mensuelle ou d'une partie de celle-ci entraîne une mise en demeure. La mise en demeure prévoit un délai de seize jours à partir de la date de la lettre recommandée pour effectuer le paiement des sommes dues. Si les primes ne sont pas en possession de l'entreprise d'assurances dans ce délai, la garantie est suspendue à partir du seizième jour de la date de mise en demeure. La garantie reprend ses effets le lendemain du paiement intégral des primes à l'entreprise d'assurances. Pendant la période de suspension et au plus tôt le seizième jour qui suit le début de cette suspension, l'entreprise d'assurances peut résilier le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. La résiliation prendra effet seize jours après une lettre recommandée envoyée par l'entreprise d'assurances, à moins que les primes aient été payées entre-temps.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

16. Obligations du preneur d'assurance et des assurés

Article 34 : Obligations
Le preneur d'assurance et l'assuré principal et/ou les coassurés sont tenus :
- de faire toutes déclarations et communications, par voie digitale ou par email, au siège de l'entreprise d'assurances afin de permettre la bonne exécution du présent contrat ;
- d'avertir au plus tard dans un délai de trente jours, l'entreprise d'assurances de toutes les modifications de statut des assurés (affiliation, perte de la qualité d'assuré...) ;
- de communiquer à l'entreprise d'assurances, tous les renseignements lui permettant d'établir le droit aux prestations déterminées par le présent contrat ;
- de notifier tout changement de domicile à l'entreprise d'assurances dans un délai de trente jours. Les notifications à faire au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse postale et/ou électronique signalée à l'entreprise d'assurances.

Le preneur d'assurance est tenu :
- d'informer sans délai, l'assuré principal de la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire, en vue de préfinancer une éventuelle continuation à titre individuel ;
- d'informer l'assuré principal au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle, du moment précis de cette perte et de la possibilité de continuer à titre individuel.

L'assuré doit toujours se comporter de manière à limiter le risque de l'assureur et le sinistre qui en découle. Dans le cas contraire, l'assureur peut limiter ou refuser son intervention.

Article 35 : Notifications
Les notifications destinées à l'entreprise d'assurances doivent être faites à l'adresse digitale mentionnée dans les documents. Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date d'envoi par courrier électronique.

17. Durée du contrat

Article 36 : Date d'effet et durée du contrat
Le contrat d'assurance maladie prend effet à la date indiquée de commun accord dans les conditions particulières, après signature du contrat d'assurance par les parties et paiement de la première prime. En cas de non-paiement de la prime dans les 45 jours de l'envoi du bordereau reprenant l'ensemble des affiliés au contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, celui-ci ne sortira pas ses effets. Le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle est conclu jusqu'à la date d'échéance annuelle de l'année qui suit sa prise d'effet. À la fin de cette première période, il se renouvelle tacitement pour une durée d'un an et ce, chaque année, sauf résiliation par lettre recommandée trois mois avant la date d'échéance. Le contrat d'assurance maladie prend fin de plein droit en cas de faillite du preneur d'assurance ou quand il fait l'objet d'une procédure de réorganisation judiciaire. En cas de fin du contrat d'assurance ou perte de la qualité d'assuré pour un affilié au contrat, les prestations de l'entreprise d'assurances prennent fin immédiatement.

18. Modification du contrat

Article 37 : Modification du contexte légal et réglementaire
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, l'entreprise d'assurances 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 deux mois de la notification de la modification.

19. Conflits et plaintes

Article 38 : Expertise médicale amiable
En cas de désaccord entre le médecin conseil de l'entreprise d'assurances et le médecin choisi par l'assuré, celui-ci est libre de demander une expertise médicale amiable. Chaque partie désigne un médecin qui agira en tant qu'expert. En cas de désaccord entre les deux experts ceux-ci s'adjoignent un tiers expert : la décision que le collège ainsi constitué prend, en tenant compte des conditions du contrat, est irrévocable et incontestable. Si l'une des deux parties reste en défaut de désigner son expert dans un délai de seize jours après une intervention par lettre recommandée ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur le choix du troisième expert, la nomination en est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de l'arrondissement judiciaire du domicile ou siège social de cette partie. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert qu'elle désigne en ce compris tous 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 en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

Article 39 : Loi applicable - Juridiction
La loi applicable du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle est la loi belge. Les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle relèvent de la compétence

des tribunaux belges. Si le preneur d'assurance n'est pas établi en Belgique, est seul compétent le Tribunal de Première instance de Bruxelles.

20. Conflits d'intérêt

Article 40 : Prévention des conflits d'intérêt
Allianz entend prévenir les conflits d'intérêts qui pourraient perturber le processus de souscription, la gestion et l'exécution de ses contrats d'assurance. Il s'agit de toute situation où les intérêts du candidat preneur d'assurance sont contrariés, ou pourraient l'être, parce que des intérêts divergents des siens (ex : ceux de l'assureur ou de l'intermédiaire) pourraient l'inciter à conclure un contrat ou à bénéficier d'un service qui iraient à l'encontre de ses intérêts. La politique de prévention d'Allianz, a pour but de détecter, d'analyser et d'éviter les conflits d'intérêts. Vous pouvez nous déclarer tout conflit d'intérêts potentiel par e-mail, à l'adresse complaintscustomer@allianz.be.

VII. DÉFINITIONS

Accident
Un évènement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Appareil orthopédique
Appareil destiné à corriger les difformités du corps, à compenser une fonction absente ou déficitaire, à assister une structure articulaire ou musculaire, ou à protéger, immobiliser ou soutenir le corps ou l'une de ses parties.

L'assisteur
Allianz Partners,
AWP P&C SA - Belgian branch,
Boulevard du Roi Albert II, 32,
1000 Bruxelles.
Entreprise d'assurances, agréée sous le numéro de code 2769 pour pratiquer la branche « Assistance » (branche 18 - A.R. du 18/01/1982 M.B. du 23/01/1982) - R.C.B. 438.736 - B.C.E Numéro d'entreprise 0837.437.919

AssurCard
Carte qui permet le système du tiers payant grâce à l'échange digital sécurisé des factures d'hospitalisation avec l'entreprise d'assurances.

AssurPharma
Les données figurant sur les attestations du pharmacien (BVAC) font l'objet d'un échange digital sécurisé avec l'entreprise d'assurances.

Assuré principal - coassurés
L'assuré principal est la personne liée professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Les membres de la famille de l'assuré principal qui bénéficient également de l'assurance liée à l'activité professionnelle sont appelés les coassurés.

Contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle
L'assurance soins de santé conclue par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Ces personnes sont appelées 'assuré principal'. Le preneur d'assurance peut aussi contracter une assurance soins de santé lié à l'activité professionnelle au bénéfice des membres de la famille de l'assuré principal. Ces personnes sont appelées « coassurés ». Elle est constituée par les présentes conditions générales, les conditions particulières ainsi que par les annexes éventuelles.

Délai d'attente
Période précisée aux conditions particulières, prenant cours à la date d'affiliation de l'assuré et pendant laquelle aucun remboursement n'est dû par l'entreprise d'assurances. Le délai d'attente n'est pas d'application pour les accidents.

Etablissement hospitalier - hôpital
L'établissement légalement reconnu, agréé et identifié comme un hôpital et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception des :
- centres de psychiatrie légale ;
- homes de séjour provisoire pour les patients psychiatriques et habitations protégées (I.H.P.) et les Maisons de Soins Psychiatriques (M.S.P.) ;
- établissements médico-pédagogiques ;
- établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants et établissements de cures ;
- maisons de repos et maisons de repos et de soins (M.R.S.) et les centres de soins de jour, même si ceux-ci sont intégrées dans un établissement hospitalier.

Entreprise d'assurances
Allianz Benelux SA,
Boulevard du Roi Albert II, 32,
1000 Bruxelles.
Entreprise d'assurances, agréée sous le numéro de code 0097 pour pratiquer les branches « Vie » et « non Vie » (A.R. du 04/07/1979 - M.B. du 14/07/1979, A.R. du 19/05/1995 - M.B. du 16/06/1995) - R.C.B. 574 - B.C.E. Numéro d'entreprise 0403.258.197.

Frais de soins médicaux
Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale, qu'ils soient prescrits ou exécutés par un médecin et qu'ils soient exposés durant une hospitalisation :
- frais de séjour dans un établissement hospitalier ;
- frais relatifs à un acte médical ou paramédical ;
- achats de médicaments prescrits pour l'assuré par un médecin ;
- frais de prothèse ou d'appareil orthopédique ;
- le matériel médical.

Frais de soins médicaux ambulatoires
Les frais visés aux quatre derniers points de la onzième définition ci-dessus, pour autant qu'ils soient exposés en dehors d'une hospitalisation.

Frais médicalement nécessaires
Tous les actes médicaux et paramédicaux curatifs qui sont adaptés et en relation directe avec le diagnostic posé par le médecin ; sont donc exclues toutes prescriptions effectuées à titre de confort et de convenance personnels.

Franchise
Partie des frais remboursables restant à charge de l'assuré, et précisée aux conditions particulières.

Année sinistre
L'année sinistre est calculée à partir du premier jour de la première hospitalisation et se termine 365 jours plus tard.

Année d'assurance
La période qui s'écoule entre deux échéances annuelles du contrat.

Hospitalisation
Le séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier, pour autant que l'état de santé du patient l'exige, et dans le but de lui administrer un traitement curatif dans les plus brefs délais. Les conditions générales et particulières peuvent prévoir une extension de cette définition.

Frais de séjour
Ce montant inclut
- le prix d'une journée d'entretien ;
- le supplément facturé, dans les limites légales, pour le séjour dans une chambre à 1 lit de base.(une chambre individuelle au tarif le moins cher facturé par l'hôpital) proposée dans la gamme de chambres de l'hôpital concerné ;
- Le forfait journalier pour les médicaments.

Intervention légale
- Par législations belges applicables aux travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident, on entend :
  - la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (AMI) ;
  - la législation relative aux accidents du travail et sur le chemin du travail ;
  - la législation relative aux maladies professionnelles.
- Par intervention légale, on entend :
  - pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés ;
  - 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.

Maladie
Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs et qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

Matériel médical
Pendant la période d'hospitalisation et repris sur la facture d'hospitalisation :
- les moyens destinés à dispenser, renforcer ou compléter la médication principale comme les bandages, les seringues, les bas à varices..., à l'exclusion des montures et verres de lunette, des lentilles de contact et du matériel dentaire et le matériel médical utilisé lors du traitement ou de l'opération, généralement à usage unique, p.ex. une pince, un épandeur, ...
- le matériel médical implantable : un objet ou un dispositif qui est placé complètement ou partiellement dans le corps pour favoriser la guérison, le traitement ou le soulagement d'une maladie ou pour l'administration de médicaments, p. ex. pacemaker, filet, boulons etc.

En dehors d'une hospitalisation :
- le petit matériel médical acheté auprès d'un organisme agréé en Belgique ou en pharmacie : c'est-à-dire les moyens destinés à dispenser, renforcer ou compléter la médication principale comme les bandages, les seringues, les bas à varices...
- le matériel médical lourd et le dispositif médical loué auprès d'un organisme agréé en Belgique ou auprès d'une pharmacie ; c'est-à-dire les moyens destinés à améliorer l'état physique et la mobilité du patient comme un lit, des béquilles, une chaise roulante, et les dispositifs médicaux utilisés pour poser un diagnostic ou pour prévenir, surveiller, traiter ou soulager une maladie, p. ex. un dispositif aérosol, un tensiomètre, un spiromètre, un glucomètre, etc....
- les autres frais couverts sont décrits dans les conditions générales.

Techniques et traitements médicaux
Des techniques et des traitements médicalement acceptés sur base de preuves scientifiques (et donc suffisamment éprouvés) qui découlent de recherches cliniques pour les traitements des maladies et dont les résultats sont validés et déclarés applicables dans la pratique médicale courante (Evidence Based Medecine).

Médicament
Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin, et enregistré comme tel par le ministre ayant la compétence en la matière.

Produit pharmaceutique
Les produits pharmaceutiques doivent être mentionnés sur la facture :
- les substances simples ou composées prescrites par un médecin, enregistrées par le ministre de la santé et qui ont des caractéristiques thérapeutiques ou qui peuvent être administrés pour établir le diagnostic médical ou pour restaurer, améliorer ou modifier les fonctions physiologiques ;
- les spécialités pharmaceutiques prescrites par un médecin et enregistrées par le ministre compétent ;
- les médicaments génériques prescrits par un médecin.

Preneur d'assurance
L'entreprise qui souscrit le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Prévention
Les frais médicaux de dépistage de maladies et de la médecine préventive.

Prothèse
Appareil qui totalement ou partiellement remplace un membre ou un organe et qui est fixé à la personne de l'assuré. Tout organe transplanté ou greffé est assimilé à une prothèse.

Santé
État de complet bien-être physique et mental et qui ne consiste pas seulement en l'absence d'une maladie ou d'une infirmité.

Sinistre
Chaque événement donnant lieu à la garantie du présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

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 ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise (loi relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (MB. 15/05/2007).

Protection des données personnelles

Le présent contrat d'assurance est souscrit au profit des membres de votre personnel et, le cas échéant, de leurs familles. Dans ce cadre, nous, votre assureur, collectons et traitons leurs données personnelles telles que vous nous les transmettez.
Sauf en ce qui concerne le traitement des données personnelles relatives à la santé pour lequel l'accord formel, expresse et personnel de l'assuré doit et sera explicitement demandé, l'accord préalable des membres de votre personnel et, le cas échéant, de leurs familles n'est pas requis.
Nous, votre assureur, agissons en qualité de Responsable du traitement des données au sens du GDPR. Si la gestion de votre contrat a été confiée à un gestionnaire externe, ce dernier agit en qualité de sous-traitant au sens du GDPR et ne traite les données à caractère personnel que sur base de nos instructions et en notre nom.
Ci-dessous, nous vous expliquons comment et pourquoi nous utilisons les données personnelles de vos travailleurs, et le cas échéant de leurs familles, assurés par le présent contrat d'assurance ainsi que les droits et obligations dont disposent ces personnes.
Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit et à transmettre ces informations à vos travailleurs, qui les transmettront à leur tour aux membres de leur famille. En effet, il est de votre responsabilité, en tant que preneur d'assurances, que les informations relatives au traitement des données personnelles, telles que reprises ci-dessous, soient effectivement transmises aux membres de votre personnel, afin notamment qu'ils puissent exercer leurs droits.

Pourquoi utilisons-nous les données personnelles de vos travailleurs et de leurs familles ?

Nous collectons et traitons leurs données personnelles exclusivement pour les objectifs suivants :

- l'évaluation des risques assurés par le contrat,
- la gestion de la relation commerciale,
- la gestion du contrat d'assurances et/ou des éventuels sinistres,
- la surveillance de l'équilibre du portefeuille d'assurances de notre entreprise,
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance,
- le recouvrement des frais de sinistres auprès des tiers responsables,
- la transmission obligatoire d'informations relatives à la situation d'assurances aux autorités fiscales, de sécurité sociale ou de contrôle.

Sur quelles bases légales sommes-nous autorisés à traiter les données personnelles ?

Pour chaque objectif énuméré ci-dessus, la collecte et le traitement des données sont réalisés conformément à la législation sur la protection des données personnelles et aux autres législations nationales comme, par exemple, la loi relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurances ou de réassurance du 13 mars 2016 ou la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, et reposent sur les fondements légaux suivants :

- le traitement des données nécessaires à l'évaluation des risques assurés par le contrat, à la gestion de la relation commerciale ainsi qu'à la gestion du contrat d'assurances et/ou des éventuels sinistres est justifié par l'exécution même du contrat d'assurance.
- Le traitement des données médicales, bien qu'également nécessaire à l'exécution du contrat, est quant à lui fondé sur le consentement de la personne concernée.
- le traitement des données nécessaires à la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise, à la prévention des abus et des fraudes à l'assurance et au recouvrement des frais de sinistres auprès des tiers responsables est justifié par notre intérêt légitime de responsable du traitement des données.
- la transmission des données dans le cadre de la transmission obligatoire d'information relative à la situation d'assurance aux autorités fiscales, de sécurité sociale ou de contrôle est justifiée par les dispositions légales et fiscales en vigueur.

Aucune disposition légale n'oblige vos travailleurs ou leurs familles à nous fournir ou à nous laisser traiter leurs données personnelles mais, à défaut pour nous d'en disposer, nous serons dans l'impossibilité de gérer leur affiliation et le cas échéant leurs sinistres.

A qui sont transmises les données personnelles ?

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit notamment des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de compliance (contrôle de conformité), du service d'audit interne, des services d'actuariat, des services de contrôle financier et budgétaire ainsi qu'avec les médecins-conseils.

Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire, nous partageons aussi ces données personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs externes, des experts, l'ombudsman des assurances, des conseillers juridiques et des sous-traitants (en ce compris le gestionnaire du contrat d'assurance) et avec les administrations belges ou étrangères (pensions, autorités fiscales belges ou étrangères dans le cadre de nos obligations de reporting FATCA et CRS, sécurité sociale, autorités de contrôle).

Pour des raisons de sécurité, de sauvegarde des données ou de gestion de nos applications informatiques, il arrive que nous devions transférer ces données personnelles vers une autre société spécialisée du Groupe Allianz située au sein ou en dehors de l'Union européenne. Pour ces transferts, le Groupe Allianz a établi des règles très contraignantes qui ont été approuvées par les autorités de protection des données personnelles et qu'Allianz Benelux respecte. Ces règles constituent l'engagement pris par le Groupe Allianz et par Allianz Benelux de protéger de façon adéquate le traitement des données personnelles, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

De quels droits disposent les membres de votre personnel et leurs familles à l'égard de leurs données personnelles ?

- le droit d'y avoir accès ;
- le droit de les faire rectifier si elles sont inexactes ou incomplètes ;
- le droit de les faire effacer dans certaines circonstances comme, par exemple, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires à l'objectif poursuivi lors de leur collecte et traitement ;
- le droit d'obtenir la limitation de traitement dans certaines circonstances comme par exemple la limitation de l'usage d'une donnée dont vous contestez l'exactitude pendant la période où nous devons la vérifier ;
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente ;
- le droit de vous opposer au traitement ;
- le droit à la portabilité de vos données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir vos données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement ;
- le droit de retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Conservation des données personnelles

Nous conserverons les données personnelles aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des objectifs cités ci-dessus ou aussi longtemps qu'une loi le requiert. La durée de conservation des données contractuelles et de gestion de sinistre se termine à la fin du délai de prescription légal qui suit la clôture du dernier sinistre couvert par le contrat d'assurance. La durée varie donc fortement d'une assurance à l'autre.
De plus amples informations relatives à notre politique de protection des données sont disponibles sur notre site web : https://allianz.be/personnelles.

Questions, exercices des droits et plaintes

1. Questions et exercices

Vos travailleurs et, le cas échéant, les membres de leurs familles peuvent adresser leurs questions concernant le traitement de leurs données personnelles à Allianz Benelux :

- soit par email à l'adresse : privacy@allianz.be
- soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux SA, Service juridique et compliance/Protection des données, Boulevard du Roi Albert II, 32 à 1000 Bruxelles, Belgique

Il est important qu'ils joignent à leur demande une preuve de leur identité de demandeur, voire une copie barrée recto/verso de leur carte d'identité.

2. Plaintes relatives aux traitements des données personnelles
Toute plainte concernant le traitement de leurs données personnelles peut être adressée aux adresses postale et de courriel mentionnées ci-dessus ou à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be

Traitement des plaintes
La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux :
Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, plaintes@allianz.be, www.allianz.be.
Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman-insurance.be, www.ombudsman-insurance.be. Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.

Allianz Benelux SA, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. : +32 2 214.61.11, www.allianz.be
BE 0403.258.197, RPM Bruxelles, IBAN : BE74 3100 1407 6507, BIC : BBRUBEBB
Entreprise d'assurances agréée par la BNB (Banque Nationale de Belgique) et identifiée sous le numéro 0403.258.197 pour pratiquer les branches "Vie" et "non Vie", BNB : Blvd de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles, www.nbb.be
Editeur responsable : Paul Möller, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. : +32 2 214.61.11 - V1031 FR - 04/2023

Votre Courtier
Votre meilleure Assurance