

Opti-Group



Sommaire

Notices importantes

Article 1 - Les intervenants au contrat d'assurance	5
Article 2 - Les documents contractuels	5
Article 3 - Les recommandations en cours de contrat . . .	6
Article 4 - L'étendue territoriale	6

Garanties et avantages du contrat

Article 5 - La garantie "Complète hospitalisation"	6
Article 6 - La garantie optionnelle : "Maladies graves : soins ambulatoires"	8
Article 7 - La garantie optionnelle : "La journée d'hospitalisation"	9
Article 8 - Les formalités médicales	10
Article 9 - Les risques non couverts	10
Article 10 - Le terme des prestations et de la garantie	11
Article 11 - La continuation à titre personnel	11

Guide pratique

La vie du contrat

Article 12 - Prise d'effet	12
Article 13 - Durée	12
Article 14 - Modification des conditions d'assurance	13
Article 15 - Modification du contrat	13
Article 16 - Calcul et paiement de la prime	13
Article 17 - Modification de la prime	13

Sommaire

Les formalités à accomplir pour obtenir le paiement des garanties assurées

Article 18 - Déclaration de sinistre	14
Article 19 - Autres engagements de l'assuré	14
Article 20 - Contestation et expertise	15

Lexique

Les mots en lettres <i>italiques</i> sont définis dans le lexique.	16
--	----

Police d'assurance collective de frais médicaux

L'assurance complémentaire couvrant les frais médicaux est consentie suivant les mêmes termes que ceux repris dans les dispositions générales et particulières du plan vie-décès d'OPTI-GROUP dans la mesure où les conditions ci-après n'y dérogent pas.

Notices importantes

Article 1 - LES INTERVENANTS AU CONTRAT D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance

La société désignée aux dispositions particulières qui conclut l'assurance collective avec la compagnie.

La compagnie

AXA Belgium.

L'assuré et le bénéficiaire

La personne, désignée aux dispositions particulières, sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui à ce titre bénéficie des prestations.

Article 2 - LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

La proposition d'assurance et autres questionnaires

Ils reprennent les caractéristiques de l'opération que le preneur d'assurance demande à la compagnie de conclure et celles du risque y afférent.

Les dispositions particulières

Elles sont l'expression personnalisée et adaptée à la situation spécifique des conditions de l'assurance. Elles mentionnent les garanties qui sont effectivement couvertes.

Les dispositions générales

Elles sont explicitées dans les pages qui suivent.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Article 3 - LES RECOMMANDATIONS EN COURS DE CONTRAT

Gestion du contrat

Le preneur d'assurance communique immédiatement à la compagnie les modifications intervenues au sein des assurés et de leur famille (nouvelles affiliations, départs, modifications de l'état civil et des charges de famille).

L'effet rétroactif d'une nouvelle affiliation est limité à un mois.

Ces modifications feront l'objet d'une régularisation des primes.

Article 4 - L'ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties de la présente assurance sont acquises dans le monde entier.

Toutefois, elles ne sont acquises que moyennant l'accord de la compagnie lorsque l'assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de six mois par an à l'étranger.

Garanties et avantages du contrat

Les garanties sont acquises si les dispositions particulières de la présente police collective l'indiquent.

Leur insertion dans la police est soumise aux conditions en vigueur au moment de la demande du preneur d'assurance.

Article 5 - LA GARANTIE "COMPLETE HOSPITALISATION"

Principe

En cas d'*hospitalisation* de l'assuré par suite d'une *maladie*, d'un *accident* ou d'un accouchement, la compagnie intervient dans :

- les *frais médicaux* encourus pendant l'*hospitalisation* : il s'agit des frais relatifs :
 - aux prestations reprises dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la *maladie* et l'invalidité (donc y compris les frais de séjour);
 - *aux médicaments*;

Police d'assurance collective de frais médicaux

- les frais de *prothèses* et d'*appareils orthopédiques* en relation directe avec la cause de l'*hospitalisation* et pour autant qu'ils donnent lieu à une *intervention légale*;
- les frais de transport en rapport avec l'*hospitalisation*, qui sont justifiés par l'urgence et l'état de santé de l'assuré. La compagnie intervient jusqu'à concurrence de 123,95 EUR par assuré et par *année sinistre*;
- tous les *frais médicaux* découlant de soins ambulatoires - c'est-à-dire ceux qui sont prodigués en dehors d'une *hospitalisation* - qui sont en relation directe avec la cause de l'*hospitalisation* et sont intervenus dans une période d'un mois avant et de trois mois après l'*hospitalisation*.

Travailleur indépendant

Les personnes en activité et ayant le statut social de travailleur indépendant ou d'administrateur sont supposées cotiser aux petits risques de l'I.N.A.M.I. De ce fait, les primes de cette catégorie de personnes sont les mêmes que celles du personnel salarié et les interventions de la compagnie tiendront compte de remboursements I.N.A.M.I. identiques ou jugés équivalents à ceux du personnel salarié.

Stage

Toute *hospitalisation* qui a lieu pendant une période de trois mois à compter de la date de l'affiliation de l'assuré à cette assurance ne donne droit à aucune prestation.

Ce stage est :

- supprimé pour les *hospitalisations* consécutives à un *accident* ou une *maladie* infectieuse aiguë. Les *maladies* infectieuses aiguës sont la poliomyélite, le typhus, la variole, la rubéole, la diphtérie, le choléra, le paludisme, la varicelle, la rougeole, la méningite, la dysenterie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, la fièvre récurrente, l'encéphalite et le tétanos.
- supprimé pour un nouveau-né pour autant qu'un des parents soit affilié à la présente assurance depuis au moins 6 mois à la date de la naissance.
- porté à 8 mois pour les *hospitalisations* consécutives à un accouchement ou un problème de grossesse.

Calcul de l'intervention de la compagnie

La compagnie intervient dans les frais exposés, diminués :

- de l'*intervention légale*, c'est-à-dire de tout remboursement qui découle de la législation belge ou d'une convention internationale.
Si l'assuré ne peut pas faire valoir de droit ou a perdu ses droits à une *intervention légale*, il est tenu compte du montant théorique de celle-ci en supposant que l'assuré est affilié à une mutuelle belge et en ordre de cotisation vis-à-vis de cet organisme.

Police d'assurance collective de frais médicaux

– des remboursements éventuels perçus en vertu d'autres contrats ayant le même objet.

La compagnie limite son intervention par prestation comme indiqué dans les dispositions particulières.

Sur le montant ainsi déterminé, l'assuré prend en charge la franchise définie dans les dispositions particulières.

L'intervention de la compagnie est alors égale au solde.

Son intervention dans les frais médicaux relatifs aux *maladies* nerveuses ou mentales n'est due que pendant une durée maximale de deux années d'*hospitalisation*, consécutives ou non, à compter du début de la première *hospitalisation*.

Paiement de l'intervention de la compagnie

Le remboursement des frais couverts s'effectue par la compagnie au preneur d'assurance ou à l'assuré selon le choix indiqué sur la déclaration de sinistre.

Par le seul fait du paiement d'une indemnité, la compagnie est subrogée dans les droits et actions de l'assuré. Ce dernier est tenu de réitérer cette subrogation à la demande de la compagnie.

Recours contre les tiers responsables

La compagnie récupère à charge du tiers responsable éventuel les indemnités qu'elle aura versées. L'assuré ne pourra donc réclamer d'indemnité à ce tiers que pour les frais que la compagnie ne lui aura pas remboursés.

Article 6 - LA GARANTIE OPTIONNELLE : "MALADIES GRAVES : SOINS AMBULATOIRES"

Principe

Si l'assuré est atteint d'une des *maladies* énumérées ci-après, la compagnie intervient dans les *frais médicaux* découlant de soins ambulatoires, effectués ou ordonnés par un médecin.

Énumération des maladies

Cancer, leucémie, sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, tétanos, poliomyélite, variole, méningite, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus, choléra, tuberculose, hépatite infectieuse, maladie de Hodgkin, diabète, diphtérie, encéphalite, dialyse rénale.

Confirmation du diagnostic

Le diagnostic de la *maladie* sera confirmé en cas :

Police d'assurance collective de frais médicaux

- de cancer, de leucémie ou de maladie de Hodgkin, par un examen anatomopathologique;
- de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique, de maladie de Parkinson, de méningite, de poliomyélite ou d'encéphalite, par un spécialiste des maladies nerveuses;
- de tétanos, de variole, de fièvre typhoïde, de typhus, de choléra, de diabète ou d'hépatite infectieuse, par un examen biologique;
- de tuberculose ou de diphtérie, par un examen biologique et un test bactériologique.

Stage

Toute *maladie* diagnostiquée ou survenue pendant une période de trois mois à compter de la date de l'affiliation de l'assuré à cette assurance ne donne droit à aucune prestation.

Ce stage est supprimé :

- pour les *maladies* infectieuses aiguës. Les *maladies* infectieuses aiguës sont la poliomyélite, le typhus, la variole, la diphtérie, le choléra, la méningite, la fièvre typhoïde et paratyphoïde, l'encéphalite et le tétanos;
- pour un nouveau-né pour autant qu'un des parents soit affilié à la présente assurance depuis au moins 6 mois à la date de la naissance.

Calcul de l'intervention de la compagnie

L'intervention de la compagnie est calculée suivant les mêmes dispositions générales et particulières que l'assurance "Complète hospitalisation".

Article 7 - LA GARANTIE OPTIONNELLE : "LA JOURNEE D'HOSPITALISATION"

Principe et calcul de l'intervention de la compagnie

En cas d'*hospitalisation* de l'assuré par suite d'une *maladie*, d'un *accident* ou d'un accouchement, la compagnie verse à l'assuré, par journée d'*hospitalisation*, un montant égal au forfait journalier précisé dans les dispositions particulières.

Ce forfait est payable indépendamment des interventions légales ou de tout autre organisme assureur.

L'intervention de la compagnie en cas de *maladies* nerveuses ou mentales n'est due que pendant une durée maximale de deux années d'*hospitalisation*, consécutives ou non, à compter du début de la première *hospitalisation*.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Stage

Le stage est identique à celui défini dans les dispositions générales de l'assurance "Complète hospitalisation".

Article 8 - LES FORMALITES MEDICALES

La compagnie subordonne l'affiliation d'un assuré aux résultats favorables de formalités médicales.

A cet effet, l'assuré complétera et signera un questionnaire médical lors de sa demande d'affiliation.

Aucune formalité médicale n'est requise pour un nouveau-né pour autant qu'un des parents soit assuré depuis au moins 8 mois.

Article 9 - LES RISQUES NON COUVERTS

Les prestations assurées ne sont pas acquises lorsque le risque assuré résulte des circonstances énoncées ci-dessous :

- Tentative de suicide.
- Fait intentionnel de l'assuré.
- Guerre entre Etats ou faits de même nature, guerre civile.

En cas de séjour à l'étranger, le risque est couvert :

- lorsque le conflit a éclaté pendant le séjour;
- lorsque, à la demande préalable du preneur d'assurance, la compagnie a accordé la couverture et que les dispositions particulières le mentionnent explicitement.

Dans ces cas, la preuve doit être apportée à la compagnie que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités.

- Participation active à des émeutes ou actes de violence collective.
- Faute lourde, à moins que l'assuré ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la faute lourde et l'événement donnant lieu à prestations.

Sont des fautes lourdes :

- le pari, le défi;
- le fait d'être sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue;

Police d'assurance collective de frais médicaux

- le fait d'être en état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 g/l.
- Affection allergique ou trouble subjectif ou psychique qui ne présentent pas de symptômes objectifs permettant un diagnostic précis.
- Toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments.
- Traitement esthétique, stérilisation, insémination artificielle, fécondation in vitro. Le traitement esthétique est toutefois couvert s'il s'agit de chirurgie réparatrice à la suite d'un *accident* ou d'un cancer.

De plus, les prestations assurées ne sont pas acquises pour :

- les soins ambulatoires et les *hospitalisations* consécutives à une *maladie* ou à un *accident* résultant d'une infirmité ou d'un état de santé déficient qui existait déjà au moment de l'affiliation de l'assuré;
- les *hospitalisations* en cours lors de l'affiliation, quelle que soit leur durée.

Article 10 - LE TERME DES PRESTATIONS ET DE LA GARANTIE

Terme du paiement des prestations

Les prestations cessent :

- au terme prévu dans les dispositions particulières et au plus tard à l'âge à partir duquel l'assuré est pensionné ou prépensionné;
- à la date de la résiliation de la présente assurance complémentaire.

Départ ou décès de l'assuré

La garantie prend fin :

- à la date de cessation des fonctions de l'assuré auprès du preneur d'assurance;
- au décès de l'assuré.

Les prestations prévues au contrat cessent à ce moment.

Article 11 - LA CONTINUATION A TITRE PERSONNEL

Lorsque l'assuré ne bénéficie plus de la couverture prévue par la présente police en raison de la cessation de ses fonctions auprès du preneur d'assurance, de sa mise à la pension ou à la prépension, il peut maintenir la couverture "Hospitalisation" à titre personnel.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Ce maintien peut s'effectuer sans formalités médicales ni délai de stage, aux conditions proposées par la compagnie dans le cadre de son contrat "Hospitalisation en continuation de la police collective Frais Médicaux", pour autant que la demande de maintien de couverture soit formulée au moins un mois à l'avance et qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture.

En cas de décès de l'assuré, la famille de celui-ci a également la possibilité de maintenir la couverture aux mêmes conditions pour autant que la demande soit effectuée dans les trente jours qui suivent le décès.

Par ailleurs, dans l'éventualité où la présente police est résiliée mais dans la mesure où celle-ci n'est pas déplacée vers un autre assureur, le maintien de couverture sera également possible si la demande est effectuée dans le mois de la résiliation.

Toute demande de maintien de couverture en dehors des délais précisés ci-avant ne sera acceptée par la compagnie qu'aux conditions de ses contrats d'assurance individuelle.

Guide pratique

La vie du contrat

Ce contrat est régi par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et par toute autre réglementation en vigueur ou à intervenir.

Article 12 - PRISE D'EFFET

La police collective prend cours à la date indiquée aux dispositions particulières, mais au plus tôt le jour où la première prime est payée.

Article 13 - DUREE

La police est conclue pour une durée d'un an à dater de sa prise d'effet. A la fin de chaque période annuelle, elle se renouvelle tacitement pour une durée égale, sauf signification du contraire par une des parties, actée par lettre recommandée expédiée trois mois avant la fin de la période annuelle en cours.

Cette résiliation n'affecte pas le plan vie-décès d'OPTI-GROUP.

En cas de cessation du plan vie-décès d'OPTI-GROUP, la présente assurance complémentaire prend fin à la même date.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Article 14 - MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE

En cas de modification substantielle de la législation sur la sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux, la compagnie peut modifier les conditions de l'assurance, après en avoir avisé le preneur d'assurance.

Article 15 - MODIFICATION DU CONTRAT

Le preneur d'assurance peut demander à la compagnie de modifier les dispositions particulières du contrat. Si cette modification entraîne une augmentation du risque couvert, elle est soumise aux conditions en vigueur concernant son acceptation au moment de cette modification.

La modification doit être actée par un avenant ou tout autre document équivalent.

Article 16 - CALCUL ET PAIEMENT DE LA PRIME

La prime représente le prix que la compagnie demande pour garantir les prestations assurées par ce contrat.

- a) Le mode de calcul et de paiement des primes d'assurance sont définis dans les dispositions particulières. Le preneur d'assurance effectue le versement des primes à la compagnie.
- b) En cas de non-paiement d'une échéance de prime, la police sera résiliée de plein droit trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée au preneur d'assurance.

Cette lettre rappelle la date d'échéance de la prime ainsi que les conséquences du défaut de paiement dans le délai.

Article 17 - MODIFICATION DE LA PRIME

En cas de majoration du tarif, la compagnie se réserve le droit de modifier les primes correspondantes de ce contrat, dès l'échéance suivante, après en avoir avisé le preneur d'assurance. En cas de désaccord, celui-ci peut résilier cette assurance.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Les formalités à accomplir pour obtenir le paiement des garanties assurées

Nous attirons l'attention du preneur d'assurance sur l'importance de ses engagements

La compagnie pourrait être amenée à diminuer les prestations, à refuser sa garantie ou à demander aux bénéficiaires de lui rembourser les sommes payées indûment, en fonction du préjudice qui résulte pour elle du non-respect, dans les délais indiqués, des engagements qui suivent, sauf si ce non-respect résulte d'un cas de force majeure.

Article 18 - DECLARATION DE SINISTRE

Garanties "Complète hospitalisation" et "La journée d'hospitalisation"

Toute *hospitalisation* de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, doit être déclarée à la compagnie au plus tard dans un délai de 30 jours à partir de sa survenance.

Garantie "Maladies graves"

La survenance ou le diagnostic d'une des *maladies* couvertes par cette police collective, dont l'assuré est atteint, doit être déclarée au plus tard dans un délai de 30 jours à partir de l'événement.

Article 19 - AUTRES ENGAGEMENTS DE L'ASSURE

- L'assuré fournit à la compagnie, dès que possible, les renseignements et les documents qu'elle lui demande, en l'occurrence les originaux des documents prouvant l'existence et le montant des frais couverts.
- Il joint à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à expliciter la cause de l'*hospitalisation*.
- La compagnie doit pouvoir, à tout moment, faire contrôler par un médecin agréé par elle si l'état de santé de l'assuré nécessite une *hospitalisation*.
- L'assuré se soumet, dans les 30 jours, aux contrôles médicaux et autres formalités que lui demande la compagnie. Elle peut demander que les contrôles médicaux aient lieu en Belgique.

Garantie "Maladies graves"

L'assuré joint à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence de la *maladie* couverte par la police collective.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Article 20 - CONTESTATION ET EXPERTISE

Un éventuel désaccord de la part du preneur d'assurance et/ou de l'assuré sur un sujet médical doit être signifié à la compagnie dans les 15 jours de la notification de sa décision.

La contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale, composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le preneur d'assurance et/ou l'assuré et l'autre par la compagnie. Faute d'arriver à un accord, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

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

Chaque partie supporte les honoraires de son expert; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

Il en est de même pour les honoraires d'autres médecins auxquels il est fait appel.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Lexique

Accident

Événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'assuré et entraînant une lésion corporelle.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en périls;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives, soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs;
- les complications des lésions initiales produites par un accident couvert;
- la rage et le tétanos.

Le suicide n'est pas un accident.

Accouchement normal

Accouchement qui ne donne pas lieu à une intervention prévue dans la nomenclature des soins de santé supérieure à K.155 (embryotomie, césarienne, etc.).

Année sinistre

L'année sinistre est la période qui débute au 1er jour de l'hospitalisation et qui s'achève 365 jours après.

Appareil orthopédique

Appareil destiné à prévenir ou corriger les difformités du corps.

Etablissement hospitalier

Etablissement légalement reconnu comme tel et où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés, à l'exception :

- des établissements psychiatriques fermés;
- des établissements médico-pédagogiques;
- des établissements destinés au simple hébergement (maison de repos,....);
- des maisons de repos et de soins.

Police d'assurance collective de frais médicaux

Frais médicaux

Frais relatifs :

- aux prestations reprises dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
- aux médicaments.

Hospitalisation

Un séjour médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier,

- d'une nuit au moins ou
- sans nuitée pour autant que l'intervention chirurgicale pratiquée donne lieu à un remboursement de l'I.N.A.M.I. sur la base d'un maxi ou d'un super forfait.

Intervention légale

- 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 ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.
S'il n'est pas possible de déterminer ce montant, l'intervention légale sera fixée forfaitairement à 2/3 des frais exposés et couverts.

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 ou l'invalidité;
- la législation relative aux accidents du travail;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

Maladie

Altération de la santé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

Médicament

Produit prescrit par un médecin et agréé comme tel par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions.

Prothèse

Appareil qui remplit, totalement ou partiellement, la fonction d'un organe ou d'un membre.



AXA Belgium, S.A. d'assurances agréée sous le n° 0039 pour pratiquer les branches vie et non-vie
(A.R. 04-07-79, M.B. 14-07-79) • Siège social : boulevard du Souverain 25 - B-1170 Bruxelles (Belgique)
Internet : www.axa.be • Tél.: (02) 678 61 11 • Fax: (02) 678 93 40
TVA BE 404 483 367 • R.C.Bruxelles n° 356.389