



ASSURANCES HOSPITALISATION (p . 2-7)
Hospimut, Optio 100, Optio 150, Optio 200

ASSURANCE AMBULATOIRE MALADIES GRAVES (P. 8-11)

Conditions générales applicables à partir du 1^{er} janvier 2020
Version 2020-001

ASSURANCE HOSPITALISATION **HOSPIMUT ET OPTIO**

Cette assurance a pour but, dans les conditions définies ci-dessous, d'octroyer aux assurés tels que définis ci-dessous, une intervention dans les frais réels restants à charge de l'assuré en cas d'hospitalisation.
La Société Mutualiste Solidaris Assurances est désignée dans ces statuts sous les termes «Société Mutualiste».

A. DÉFINITIONS

A.1. Assuré

Le preneur d'assurance et les personnes à charge désignés aux conditions particulières, et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

A.2. Date d'effet

Le premier jour du mois qui suit la réception de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance à condition que la prime soit payée avant le dernier jour du mois de la date d'effet.

A.3. Date de début de droit

Date à laquelle les stages ont pris fin et la garantie a pris cours.

A.4. Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé présentant des symptômes objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable.

A.5. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

A.6. Établissement hospitalier

L'établissement légalement reconnu comme hôpital, à l'exception :

a) des services

- 35 - K1 - hospitalisation de jour en service K,
- 36 - K2 - hospitalisation de nuit en service K,
- 38 - A1 - hospitalisation de jour en service A,
- 39 - A2 - hospitalisation de nuit en service A,
- 41 - T - service psychiatrique jour et nuit,
- 42 - T1 - hospitalisation de jour en service T,
- 43 - T2 - hospitalisation de nuit en service T,
- 44 - Tf - placement familial Tf dans un hôpital, et
- 76 - journée forfaitaire en psychiatrie ;

b) des établissements médico-pédagogiques ;

c) des établissements uniquement destinés à l'hébergement de personnes âgées, convalescentes ou d'enfants ;

d) des maisons de repos ;

e) des hôpitaux ou parties d'hôpitaux tels que : maisons de repos et de soins, centres et services de révalidation (77) ;

f) des centres médicaux pédiatriques.

A. 7. Hospitalisation

Par hospitalisation, il faut considérer :

a) tout séjour médicalement nécessaire pour lequel au moins une nuit a été facturée par l'établissement hospitalier.

b) l'hospitalisation de jour limitée aux forfaits hôpital de jour prévus dans le cadre de l'article 4 de la Convention Nationale Organismes Assureurs - établissements hospitaliers et au forfait "hospitalisation chirurgicale de jour" (service 320) dans un établissement hospitalier.

c) le passage aux urgences pour autant qu'il soit suivi directement d'une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient et au cours duquel différentes prestations sont réalisées.

A.8. Période de stage

La période débutant à la date d'effet de l'assurance pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

A.9. Intervention légale

Tout remboursement prévu en vertu des législations relatives à l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

A.10. Intervention extra-légale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives ayant le même objet que le présent contrat.

A.11. Appareil orthopédique

Appareil destiné à corriger des difformités du corps.

A.12. Frais de séjour

Les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, sont les frais à charge de l'assuré constitués par la quote-part légale fixée par l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités à laquelle s'ajoutent les éventuels suppléments liés au type de chambre.

A.13. Transport urgent et non urgent par ambulance

Le transport par ambulance dans le cadre de l'aide médicale urgente suite à un appel au Service 100 (loi du 08/07/1964) lorsqu'il est suivi par une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient.

Le transport par ambulance, médicalement approprié, précédant ou résultant d'une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient.

A.14. Transport par ambulance

Le transport par ambulance entre deux établissements hospitaliers nécessité par des raisons médicales, non couvert par le budget des moyens financiers des hôpitaux et relatif à une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient.

A.15. Transport en hélicoptère

Le transport hélicoptère en Belgique dans le cadre de l'aide médicale urgente suite à un appel au Service 100 (loi du 08/07 /1964) relatif à une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient.

A.16. Chambre particulière

Une chambre à un lit dans laquelle l'assuré choisit d'être hospitalisé.

A.17. Petit matériel médical sans intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnité

Tout matériel médical, à l'exception du matériel repris aux points E. 1 .b), E. 1 .d) et E. 1 .m), prescrit et médicalement nécessaire, tels que notamment les thermomètres, bas à varices ou de contention, ceintures abdominales, matelas en mousse, pansements, compresses, ...

A.18. Frais pré-hospitalisation et post-hospitalisation

L'indemnisation, sous forme forfaitaire, détaillée au point E.1.g intervenant dans les frais exposés 30 jours précédant et 90 jours suivant une hospitalisation indemnisée par l'assurance et en relation directe avec cette hospitalisation.

A.19. Soins et traitements dentaires

Les prestations de soins et de traitements dentaires effectuées lors d'une hospitalisation pour laquelle l'état général du patient doit constituer une indication médicale formelle de la nécessité de ces prestations en hospitalisation.

A.20. Implants, prothèses ou dispositifs médicaux implantables

Dispositif médical implanté dans l'organisme par une intervention chirurgicale pour une longue durée afin de suppléer un organe manquant ou pour restaurer une fonction compromise.

B. SOUSCRIPTION

B.1. Les conditions de souscription

La souscription à l'assurance ne peut être refusée à un membre, au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté royal du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée, sauf les cas d'assurés visés par le point J. b) et c) ci-dessous.

Un membre, au sens de l'article 2, 3°, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée ne peut souscrire à l'assurance que s'il est en ordre de cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés.

Lorsque le membre perd la possibilité de bénéficier d'un avantage des services de l'assurance complémentaire, au sens de l'article 2, 3° de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, ou en cas de retard de 6 mois dans le paiement des cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés, cette personne perd sa qualité de membre de la société mutualiste et son contrat est résilié de plein droit.

Néanmoins, la souscription aux formules « HOSPIMUT OPTIO 100, HOSPIMUT OPTIO 150 et HOSPIMUT OPTIO 200 » est réservée aux assurés âgés de moins de 70 ans à la date d'effet

du contrat (définie au point A.2). La présente disposition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018 et n'est pas applicable aux assurés de 70 ans et plus ayant souscrit une assurance hospitalisation indemnitaire proposée par Solidaris Assurances avant le 1^{er} janvier 2018 et souhaitant changer de formule.

La couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales peut être souscrite par les membres qui sont affiliés comme titulaires auprès de leur mutualité pour eux-mêmes et les personnes qui sont inscrites à leur charge. Le titulaire est alors l'assuré principal et les personnes à charge, les assurés secondaires.

Le titulaire, preneur d'assurance, doit souscrire pour toutes les personnes composant son ménage mutualiste au sens de l'art.2 de l'AR du 2 mars 2011 en vue de respecter les principes de solidarité et de prévoyance prévus par l'art.2. § 1 de la Loi du 6 août 1990. Le choix de la formule d'assurance s'impose au ménage mutualiste. A cette fin, une seule police d'assurance reprenant tous les assurés secondaires signée par le preneur d'assurance suffit. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable :

- au membre du ménage, couvert par une assurance hospitalisation indemnitaire souscrite à titre privé ou à titre collectif. Dans ce cas, il en fournira la preuve ;
- aux ascendants

Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} avril 2016.

Au moment de sa souscription à l'assurance, le preneur doit choisir l'une des quatre formules d'assurance suivante :

Formule «HOSPIMUT»

Intervention financière calculée sur base de la tarification applicable à une hospitalisation en chambre double ou commune. Cette formule est rattachée à la garantie « chambre double et commune » au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Formule «HOSPIMUT OPTIO 100»

Intervention financière calculée sur base de la tarification applicable à une hospitalisation en chambre particulière. Cette formule est rattachée à la garantie « chambre particulière » au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Formule «HOSPIMUT OPTIO 150»

Intervention financière calculée sur base de la tarification applicable à une hospitalisation en chambre particulière. Cette formule est rattachée à la garantie « chambre particulière » au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Formule «HOSPIMUT OPTIO 200»

Intervention financière calculée sur base de la tarification applicable à une hospitalisation en chambre particulière. Cette formule est rattachée à la garantie « chambre particulière » au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Le passage d'une formule d'assurance hospitalisation

indemnitaire HOSPIMUT à une autre n'est possible qu'au premier janvier de chaque année.

B.2. Les formalités de souscription

Lors de la souscription à l'assurance, le preneur d'assurance est tenu de compléter et signer un formulaire de proposition d'assurance afin d'opter pour l'une des formules d'assurance proposées ci-avant.

Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée à la Société Mutualiste dans un délai de 30 jours.

Lorsqu'une personne à charge, assurée, devient titulaire dans une mutualité affiliée à la Société Mutualiste, la Société Mutualiste lui soumet une offre d'assurance. La nouvelle offre proposée est conforme aux conditions de l'article 138bis-7 de la loi du 25 juin 1992. Cette personne dispose d'un délai de 90 jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit.

C. STAGES

C.1. Le stage général est de six mois

Ce stage général est supprimé pour :

- a) les accidents survenus après la date d'effet de l'assurance ;
- b) les assurés qui sont portés légalement à charge du preneur d'assurance, dans les cas de naissance ou adoption, après la date d'effet à l'assurance pour autant que le stage ait été accompli par le preneur d'assurance. Lorsqu'une partie du stage a été accomplie, ces personnes à charge sont également considérées comme ayant accompli cette partie ;
- c) l'assuré qui bénéficiait d'une assurance hospitalisation indemnitaire, ou d'un avantage d'assurance complémentaire organisé par une mutualité, une Union Nationale de mutualités ou une Société Mutualiste, présentant des garanties similaires, sans interruption au moment de la souscription à l'assurance. La durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir. Pour pouvoir bénéficier de cette dispense de stage éventuelle, la proposition d'assurance à la Société Mutualiste doit avoir lieu dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente. Il ne peut y avoir aucune interruption entre la date de fin de la couverture précédente et la souscription à la Société Mutualiste.
- d) les personnes à charge d'un preneur d'assurance dont l'assurance a pris fin et qui restent membres d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste soit en devenant eux-mêmes titulaires, soit en devenant personne à charge d'un autre titulaire, pour autant que le stage ait été accompli dans son intégralité et qu'il n'y ait pas d'interruption. Si le stage n'a pas été accompli totalement, il devra être complété.
- e) les maladies infectieuses aiguës suivantes survenues après la date d'effet de l'assurance : choléra, encéphalite, fièvre typhoïde, et paratyphoïde, méningite cérébro-spinale, paludisme, poliomyélite, typhus exanthématique.

C.2. La période de stage est portée à 12 mois pour l'assuré qui ayant mis fin à son contrat après avoir bénéficié d'une indemnisation demande à y souscrire à nouveau. Ce stage n'est pas d'application pour les cas visés aux points C.1.a et e.

C.3. Dispositions applicables en cas de passage d'une formule HOSPIMUT à une autre :

- a) En cas de passage à une formule offrant des garanties supérieures, les périodes de stage susmentionnées doivent à nouveau être accomplies. En cas d'hospitalisation pendant ces nouvelles périodes de stage (la date d'admission à l'hôpital faisant foi), l'intervention sera établie sur base de la formule antérieure.
- b) En cas de passage à une formule offrant des garanties inférieures, les périodes de stages accomplies dans la formule antérieure sont prises en compte ; le cas échéant, ces périodes de stage devront être complétées.

C.4. Disposition applicable en cas de passage de l'assurance hospitalisation "Indemnité Complémentaire en cas d'Hospitalisation (ICH)" à l'assurance hospitalisation "HOSPIMUT" ou "OPTIO".

Au cas où un preneur d'assurance et ses personnes à charge couverts par l'assurance ICH souscrivent à l'assurance "HOSPIMUT" ou "OPTIO" les périodes de stage susmentionnées doivent être accomplies.

Durant cette période, l'assuré reste couvert pour le montant de l'indemnité choisie dans la précédente assurance.

Au cas où le transfert d'une formule à l'autre se produit au cours d'une période d'hospitalisation, les dispositions prévues au point C.3.a) restent d'application.

D. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie de l'assurance est valable dans le monde entier.

E. DESCRIPTION DE LA GARANTIE

L'assurance intervient lorsqu'un assuré fait l'objet d'une hospitalisation donnant lieu à remboursement dans le cadre de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités par suite d'une maladie, d'un accident (y compris accident de travail), d'une grossesse ou d'un accouchement. Dans ce cas, l'assurance remboursera à l'assuré, selon les conditions mentionnées ci-après, les frais suivants exposés par l'assuré et découlant de son hospitalisation :

- a) frais de séjour et de soins de santé médicalement nécessaires à la suite d'une maladie ou d'un accident ;
- b) frais de traitement et d'exams médicaux nécessaires en cas de grossesse ou d'accouchement ;
- c) frais de soins et prothèses dentaires subis ou placés durant

l'hospitalisation consécutive à un accident pour autant qu'il y ait intervention légale et frais de soins et traitements dentaires tels que définis au point A.19 pour autant qu'il y ait intervention légale et que ces prestations soient en rapport direct avec l'hospitalisation;

d) frais d'hospitalisations à l'étranger.

L'intervention de l'assurance est égale à la somme des frais réellement exposés diminuée du montant des interventions légales et extra légales auxquelles l'assuré peut prétendre, ou pourrait prétendre s'il n'y avait de cause de suspension ou d'exclusion imputable à son fait ou à celui du titulaire dont il est personne à charge.

Les indemnités journalières éventuellement payées par la Mutualité dans le cadre de l'assurance complémentaire d'une part, et de celles payées dans le cadre de l'assurance hospitalisation "ICH" de la Société Mutualiste d'autre part, ne sont pas portées en diminution de l'intervention payée par l'assurance.

Le calcul du remboursement des prestations s'effectue comme suit :

E.1. Garanties communes

- a) les médicaments pour lesquels tout ou partie du coût reste à charge de l'assuré et le forfait médicaments journalier sont indemnisables ;
- b) les implants, prothèses et dispositifs médicaux implantables sont indemnisables à concurrence du montant à charge du patient plafonné à 5.000 € par hospitalisation; l'intervention pour les prothèses et implants dentaires n'a lieu, dans les mêmes conditions que dans les cas visés au point E. c) des présentes conditions d'assurance.
- c) les frais de marge de délivrance d'implants ou de prothèses sont indemnisables à concurrence d'un plafond de 150 € par implant ou prothèse ;
- d) les frais de matériel endoscopique et de viscéro-synthèse non remboursables par l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités sont indemnisables à concurrence d'un montant maximum de 250 € par intervention chirurgicale ;
- e) le petit matériel médical sans intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités est indemnisable à concurrence d'un plafond maximum de 500 € par année et par assuré;
- f) pour les frais de séjour à l'hôpital d'un parent accompagnant un enfant, jusqu'à l'âge de 18 ans inclus, hospitalisé ainsi que les frais de séjour en hôtel hospitalier ou en maison d'accueil, une intervention maximale de 25 € par jour est octroyée. En aucun cas, l'application de ce forfait ne peut avoir pour effet d'octroyer une intervention supérieure aux frais réellement exposés par l'assuré.
- g) pour toute hospitalisation en Belgique, hors services gériatrie (G - 30), spécialités (Sp - 60 à Sp - 66) et psychiatriques (34 et

37), et pour laquelle l'assurance intervient, les frais pré- et post hospitalisation sont couverts à raison d'un forfait de 10% du montant de l'intervention de l'assurance, hors suppléments de chambre et d'honoraires.

Sans préjudice de ce qui précède, en cas d'admission hospitalière en service de diagnostic et de traitement médical (D - 22), en service de diagnostic et de traitement chirurgical (C - 21) ou en service de soins intensifs (I- 49) poursuivie en service gériatrie, l'intervention de l'assurance susmentionnée est d'application sur l'ensemble de ce séjour.

- h) pour le colis de naissance, en cas d'hospitalisation pour un accouchement, une intervention à concurrence d'un plafond maximum de 15 € par naissance ;
- i) pour les hospitalisations pour traitements psychothérapeutiques, psychosomatiques et psychiatriques, l'assurance intervient en application des points E.1. a) à E.1.e) et du point E.2.1. Formule "Hospimut" à concurrence d'un maximum de 30 jours par année et par assuré. Toutefois, les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas indemnisés. Cette disposition est applicable à toute hospitalisation débutant à partir du 1^{er} janvier 2020. Pour tous les contrats souscrits avant le 31 décembre 2019, l'intervention sera plafonnée à un montant maximum de 400€ dans le cas où l'intervention en application des points E.1. a) à E.1.e) et du point E.2.1. Formule « Hospimut » à concurrence d'un maximum de 30 jours est inférieure à ce montant.
- j) pour les soins et traitements dentaires tels que visés au point A.19. l'assurance intervient en application des points E.1. a) à E.1.e) et du point E.2.1. Formule "Hospimut". Toutefois, les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas indemnisés ;
- k) pour les hospitalisations dans les services dits spécialités Sp (excepté en service Sp-66), l'assurance intervient en application des points E.1. a) à E.1.e) et du point E.2.1. Formule "Hospimut". Toutefois, les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas indemnisés ;
- l) pour les hospitalisations dans un service dits spécialités Sp S6 66, l'assurance intervient à concurrence d'un maximum de 60 jours par année et par assuré en application des points E.1. a) à E.1.e) et du point E.2.1. Formule "Hospimut". Toutefois, les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas indemnisés;
- m) pour les fournitures de verres de lunettes, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques ou d'autres prothèses telles que définies dans la nomenclature des prestations de santé (annexe de l'A.R. du 14 septembre 1984), en rapport direct avec l'hospitalisation, avec ou sans intervention légale, l'assurance intervient à concurrence d'un montant maximum de 150,00 € par hospitalisation ;
- n) pour les frais de transport urgent ou non en ambulance, les frais de transfert par ambulance et les frais de transport en hélicoptère précédés ou immédiatement suivis d'une hospitalisation pour laquelle le Service intervient, un montant maximum de 425€ par an et par assuré est octroyé, le

montant couvert par kilomètre parcouru ne pouvant dépasser 2,00€.

En aucun cas, l'application de ces forfaits ne peut avoir pour effet d'octroyer une intervention supérieure aux frais réellement exposés par l'assuré ;

- o) pour les hospitalisations à l'étranger, une indemnité forfaitaire de 50 € par journée d'hospitalisation facturée avec un montant maximum de 4.500,00€ par année sera accordée.

En aucun cas, l'application de ce forfait ne peut avoir pour effet d'octroyer une intervention supérieure aux frais réellement exposés par l'assuré ;

- p) pour les frais de séjour à l'hôpital d'un donneur d'organe, pour autant que le receveur soit assuré à l'assurance HOSPIMUT ou OPTIO de la Société Mutualiste et que le séjour de celui-ci soit couvert par l'assurance, l'assurance rembourse à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée de 50€ maximum par journée d'hospitalisation, et ce, en fonction du coût réellement à charge de l'assuré, ainsi que le forfait médicament ;
- q) pour les accouchements en maison de naissance ou à domicile, l'assurance intervient par un forfait de 250€ par accouchement.
- r) pour les perruques (prothèses capillaires), en rapport direct avec une hospitalisation et pour autant qu'il y ait intervention légale, l'assurance intervient à concurrence d'un montant maximum d'une fois l'intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités.

E.2. Garanties particulières

1. Formule «HOSPIMUT»

- pour toutes les prestations donnant lieu à une intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, l'assurance rembourse à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée au maximum d'une fois le montant de l'honoraire prévu au barème officiel de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, et ce en fonction du coût réellement à charge du patient. Toutefois en cas d'hospitalisation en chambre particulière les suppléments d'honoraires ne sont pas indemnisés.
- pour les frais de séjour, l'assurance rembourse à concurrence de la quote-part personnelle légale. En cas d'hospitalisation en chambre particulière les suppléments de chambre ne sont pas indemnisés.
- pour l'hospitalisation de jour, l'assurance rembourse le forfait hospitalier à concurrence de la quote-part personnelle légale à condition qu'un forfait "hospitalisation chirurgicale de jour" (service 320) ou un des forfaits hôpital de jour prévus dans le cadre de l'article 4 de la convention nationale Organismes Assureurs - établissements hospitaliers soit facturé. En cas d'hospitalisation en chambre particulière aucune intervention n'est due pour les suppléments de chambre.

2. Formule «HOSPIMUT OPTIO 100»

- pour toutes les prestations donnant lieu à une intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités,

l'assurance rembourse à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée au maximum d'une fois le montant de l'honoraire prévu au barème officiel de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, et ce en fonction du coût réellement à charge du patient.

- pour les hospitalisations visées au point A.16., l'assurance rembourse les frais de séjour à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée de 50 € maximum par jour d'hospitalisation pour la couverture du supplément "chambre particulière" et ce, en fonction du coût réellement à charge du patient.
- Une franchise de 100 € par an et par assuré est appliquée en cas de séjour en chambre particulière pour les assurés âgés de 18 ans et plus. Le montant de cette franchise sera déduit des remboursements. En cas d'hospitalisation s'écoulant sur deux années civiles consécutives, une seule franchise sera déduite du montant total de l'intervention. Cette disposition est applicable aux assurés souscrivant à une formule Optio 100 à partir du 1^{er} janvier 2018. Pour les assurés aux formules Optio 150 ou 200 à la date du 31 décembre 2017, la disposition susmentionnée n'est pas d'application en cas de passage d'une formule Optio 150 ou 200 à une formule Optio 100.
- Sauf dans les cas de suppression du stage visés au point C.1., alinéa 2 et dans les cas visés aux points C.3. a) et b), pour les assurés au 31 décembre 2017, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires, ne sont pas couverts pendant les trois mois suivant le stage général visé au point C.1., alinéa 1^{er}, en cas d'hospitalisation au sein d'un service maternité ; cette disposition est applicable aux contrats souscrits à partir du 1^{er} janvier 2018.

3. Formule «HOSPIMUT OPTIO 150»

- pour toutes les prestations donnant lieu à une intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, l'assurance rembourse à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée au maximum d'une fois et demi le montant de l'honoraire prévu au barème officiel de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, et ce en fonction du coût réellement à charge du patient.
- pour les hospitalisations visées au point A.16., l'assurance rembourse les frais de séjour à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée de 50€ maximum par jour d'hospitalisation pour la couverture du supplément "chambre particulière" et ce, en fonction du coût réellement à charge du patient.
- Une franchise de 100 € par an et par assuré est appliquée en cas de séjour en chambre particulière pour les assurés âgés de 18 ans et plus. Le montant de cette franchise sera déduit des remboursements. En cas d'hospitalisation s'écoulant sur deux années civiles consécutives, une seule franchise sera déduite du montant total de l'intervention. Cette disposition est applicable aux assurés souscrivant à une formule Optio 150 à partir du 1^{er} janvier 2018. Pour les assurés aux formules Optio 100 ou 200 à la date du 31 décembre 2017, la disposition susmentionnée n'est pas d'application en cas de passage d'une formule Optio 100 ou 200 à une formule Optio 150.

- Sauf dans les cas de suppression du stage visés au point C.1., alinéa 2 et dans les cas visés aux points C.3. a) et b), pour les assurés au 31 décembre 2017, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires ne sont pas couverts pendant les trois mois suivant le stage général visé au point C.1., alinéa 1^{er}, en cas d'hospitalisation au sein d'un service maternité ; cette disposition est applicable aux contrats souscrits à partir du 1^{er} janvier 2018.

4. Formule «HOSPIMUT OPTIO 200»

- pour toutes les prestations donnant lieu à une intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, l'assurance remboursera à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée au maximum de deux fois le montant de l'honoraire prévu au barème officiel de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, et ce en fonction du coût réellement à charge du patient.
- pour les hospitalisations visées aux points A.16., l'assurance remboursera les frais de séjour à concurrence de la quote-part personnelle légale majorée de 50 € maximum par jour d'hospitalisation pour la couverture du supplément "chambre particulière" et ce, en fonction du coût réellement à charge du patient.
- Une franchise de 100 € par an et par assuré est appliquée en cas de séjour en chambre particulière pour les assurés âgés de 18 ans et plus. Le montant de cette franchise sera déduit des remboursements.
En cas d'hospitalisation s'écoulant sur deux années civiles consécutives, une seule franchise sera déduite du montant total de l'intervention.
- Sauf dans les cas de suppression du stage visés au point C.1., alinéa 2 et dans les cas visés aux points C.3. a) et b), pour les assurés au 31 décembre 2017, les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires ne sont pas couverts pendant les trois mois suivant le stage général visé au point C.1., alinéa 1^{er}, en cas d'hospitalisation au sein d'un service maternité ; cette disposition est applicable aux contrats souscrits à partir du 1^{er} janvier 2018.

E.3. Le montant de remboursement

- a) est plafonné, pour les formules OPTIO au montant maximum d'intervention de 12.500€ par année et par assuré.
- b) est plafonné au montant maximum d'intervention de 12.500€ par hospitalisation.
- c) est réduit du montant des primes en retard restant dues.

F. CONDITIONS D'INTERVENTION

F.1. Pour bénéficier des garanties des assurances offertes, l'assuré doit rester membre, au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté royal du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée et respecter les statuts de celle-ci.

F.2. L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée aux conditions de stage, et de paiement de la prime du preneur d'assurance et de ses personnes à charge à l'assurance sans préjudice de l'article 14 de la loi du 25 juin 1992.

F.3. L'assuré doit fournir sans retard à la Société Mutualiste tous renseignements utiles et également répondre aux demandes qui lui sont faites par elle.

En cas de non-respect de cette disposition dans une intention frauduleuse, la Société Mutualiste peut refuser sa couverture

F.4. Le paiement des indemnités est fait au preneur d'assurance sur présentation d'un document officiel fourni par la Société Mutualiste dûment complété.

L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée à la production des factures originales accompagnées de la déclaration de sinistre fournie par la Société Mutualiste.

Ces documents doivent être introduits dans un délai de trois ans à partir du jour de la date d'admission de l'hospitalisation.

La Société Mutualiste a le droit de vérifier les déclarations qui lui sont faites et les réponses à ses demandes de renseignements ; l'assuré doit tout mettre en oeuvre pour fournir à la Société Mutualiste toute information relative aux raisons de l'hospitalisation et à ses suites.

F.5. En cas de décès du titulaire ou d'un bénéficiaire, l'indemnisation sera accordée :

- a) au conjoint survivant ou cohabitant légal survivant ;
- b) à défaut au notaire représentant la succession ou à un des héritiers légaux sur base d'un certificat d'hérédité et d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers ;
- c) à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais de l'hospitalisation pour laquelle l'indemnisation est sollicitée.

G. EXCLUSIONS DE L'INTERVENTION

G.1. Sont exclus de la couverture l'accident ou la maladie, ainsi que leurs suites, résultant :

- a) d'un fait de guerre ;
- b) de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ou à un crime ;
- c) d'un accident sous imprégnation alcoolique ou sous influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- d) d'un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens; l'acte intentionnel au sens de la présente clause est l'acte commis volontairement et sciemment qui cause un dommage raisonnablement prévisible ; la tentative de suicide n'est considéré ni comme un fait intentionnel, ni comme un accident ;
- e) de la pratique professionnelle de tout sport ;

f) de réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes.

G.2. L'assurance ne sort pas ses effets pour l'hospitalisation au cours de laquelle est effectuée l'une des prestations suivantes:

- a) les soins et traitements esthétiques qui ne font pas l'objet d'une intervention dans le cadre de la législation Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités ;
- b) les cures d'amaigrissement et leurs suites ;
- c) les soins et traitements qui ne tendent pas directement à faire disparaître les affections (cures, produits cosmétiques, hygiéniques, alimentaires ou fortifiants, les boissons) ;
- d) les soins et traitements relatifs à une maladie ou à des lésions qui ne sont pas médicalement contrôlables ou ne présentant pas des symptômes objectifs rendant le diagnostic indiscutable ;
- e) l'entretien, la garde et l'assistance nécessités par l'impotence de l'assuré sans être médicalement nécessaires;
- f) les prothèses et implants dentaires, sauf s'ils résultent directement d'un accident dûment prouvé par l'assuré, survenu après la date d'effet de l'assurance et pour lequel l'assurance intervient ;
- g) les soins et traitements prestés lorsque l'assuré est interné ou colloqué;
- h) les soins et traitement expérimentaux ou non scientifiquement éprouvés;
- i) les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, sauf s'ils sont en rapport direct avec la cause de l'hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient;

G.3. Est exclue toute intervention pour une hospitalisation ayant débuté avant ou pendant la période de stage.

G.4. Sont exclus les séjours d'une nuit et les hospitalisations de jour ayant pour seul objet l'hémodialyse ou toute forme de dialyse.

G.5. La Société Mutualiste se réserve le droit de vérifier la légalité des montants facturés pour les différents éléments de son intervention.

L'intervention peut être suspendue le temps nécessaire à l'analyse des pièces transmises par l'assuré et de tous les renseignements complémentaires éventuellement fournis.

L'intervention est refusée lorsque le caractère illégal de la facturation est constaté.

G.6. Lorsque la durée du séjour dans un établissement hospitalier dépasse la période médicalement nécessaire, la Société Mutualiste a le droit de limiter ses prestations à un montant relatif aux prestations médicalement nécessaires.

H. SUBROGATION

Sans préjudice de l'article 41 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat

d'assurance terrestre, lorsque la Société Mutualiste intervient, ou est tenue d'intervenir, dans le cadre du présent contrat, elle est subrogée à l'assuré dans tous les droits et actions de celui-ci contre tous tiers.

En conséquence, l'assuré ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de la Société Mutualiste.

Il s'engage, en outre, à renouveler cette subrogation à la demande de la Société Mutualiste. Dans tous les cas, la Société Mutualiste dispose de la faculté de juger de l'opportunité d'intenter une action en justice et sur les suites qu'il convient d'y donner.

I. CONTESTATIONS - LITIGES

La Société Mutualiste se réserve le droit de faire contrôler par son médecin contrôleur l'état de santé de l'assuré et d'obtenir de ce dernier les informations demandées.

Toute contestation de nature médicale entre l'assuré et la Société Mutualiste sera soumise, d'une part, au médecin traitant l'assuré et, d'autre part, au médecin contrôleur de la Société Mutualiste.

En cas de désaccord, ils pourront désigner de commun accord un troisième médecin dont la décision sera définitive.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son médecin.

Les honoraires et frais du troisième médecin sont partagés par moitié.

J. RÉSILIATIONS - SANCTION - SUSPENSION

La Société Mutualiste se réserve le droit de résilier le contrat :

- a) en cas de non-paiement des primes dans le respect de la législation en vigueur; le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure ; les frais de mise en demeure sont à charge du débiteur.
- b) en cas de préjudice moral ou financier occasionné volontairement aux intérêts de la Société Mutualiste ;
- c) en cas de fraude ou tentative de fraude en vue d'obtenir des remboursements indus auprès de la Société Mutualiste et pour laquelle l'assurance que ce soit ou de faits qui portent atteinte aux intérêts de la Société Mutualiste (comme par exemple piratage du système informatique) ou à l'intégrité physique ou psychique de son personnel (agression physique, verbale,...).

Dans les cas visés aux points b) et c) ci-dessus ou dans les mêmes cas d'exclusion d'une autre assurance proposée par elle, la Société Mutualiste se réserve le droit d'appliquer un stage de 12 (douze) mois lors de toute demande de souscription ultérieure.

La Société Mutualiste se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités payées indûment.

K. DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION

K.1. La durée du contrat

L'assurance est conclue à vie, sans préjudice des points J et K 2.

K.2. La résiliation du contrat par le preneur d'assurance

La résiliation du contrat par le preneur d'assurance est possible moyennant un préavis de trois mois donné par lettre recommandée.

Le préavis prend cours le premier jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

Le contrat prend fin lorsque l'assuré :

- a) n'est plus membre d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste;
- b) décède.

Lorsque le contrat prend fin, il cesse ses effets y compris pour les hospitalisations en cours.

L. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Les parties élisent domicile :

- a) la Société Mutualiste, à son siège social;
- b) le preneur d'assurance, à sa dernière adresse communiquée à la société mutualiste.

Le preneur d'assurance a l'obligation d'aviser la Société Mutualiste de tout changement de résidence, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile connu par la Société Mutualiste.

M. PRIMES

M.1. Montant des primes

Les primes couvrent une année civile complète du 1^{er} janvier au 31 décembre ; toutefois si l'assurance prend effet en cours d'année, le montant de la prime est adapté au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La prime à payer est fixée chaque année au 1^{er} janvier ; elle est établie en fonction de l'âge de chacun des assurés à la date d'effet du contrat et de leur âge au premier janvier de chaque année.

Sous réserve d'application de la clause de révision établie au point M.3. et de l'indexation prévue au point M.2., les montants des primes mensuelles sont repris ci-dessous. La prime n'est plus majorée à partir du 3^{ème} enfant de moins de 18 ans à charge du preneur d'assurance pour autant que le preneur et ses enfants à charge aient tous souscrit à ladite assurance.

M.2. Indexation des primes et des franchises.

Au 1^{er} janvier de chaque année, la prime est adaptée en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de juin. La prime indexée pour l'année "n" est calculée en multipliant la prime par le rapport entre l'index de l'année "n-1" et celui de l'année "n-2". Au 1^{er} janvier 2019, la prime est adaptée en fonction

de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre 2017 à juin 2018.

Au 1^{er} janvier de chaque année, les franchises peuvent être adaptées, en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation. La franchise indexée pour l'année « n » est calculée en multipliant la franchise par le rapport entre l'indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année "n-1" » et celui de juin de l'année "n-2".

M.3. Révision des primes et des franchises.

Les primes ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation, être adaptées, qu'à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base des indices spécifiques établis par l'arrêté royal du 1^{er} février 2010, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Lorsqu'il est fait usage de l'indice spécifique visé à l'article 204, §3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, la comparaison entre l'indice des prix à la consommation et l'indice spécifique se fait pour la même période. L'indice spécifique utilisé est l'indice médical global.

Les franchises ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation, être adaptées, qu'à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base des indices spécifiques établis par l'arrêté royal du 1^{er} février 2010, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices spécifiques dépasse celle de l'indice des prix à la consommation ; l'indice spécifique utilisé est l'indice médical global.

En outre, l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités (O.C.M.) peut exiger que la Société Mutualiste mette un tarif en équilibre s'il constate que l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. De plus, l'O.C.M. peut, à la demande de la Société Mutualiste et s'il constate que l'application de ce tarif, nonobstant l'application de l'article 204 §§2 et 3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, dans le cas d'un contrat d'assurance-maladie autre que professionnel au sens de l'article 202 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, exiger que la Société Mutualiste prenne des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre dans le respect de la réglementation Solvabilité II.

Les mesures prises pour assurer cet équilibre peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture. Le relèvement d'un tarif s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de l'O.C.M. et sans préjudice du droit à la résiliation du souscripteur d'assurance, aux primes de contrats en cours qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'O.C.M.

Si la Société Mutualiste modifie les conditions ou les montants de prime ou les franchises, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite.

M.4. Paiement des primes

La prime est calculée en fonction :

- a) du nombre d'assurés;
- b) de l'âge des assurés à la date d'effet du contrat et au 1^{er} janvier des années suivantes.

En cas de modification du nombre de personnes à charge du preneur d'assurance en cours de contrat, les primes seront adaptées le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'événement a eu lieu.

La prime est payable par anticipation au siège social de la Société Mutualiste. Les fractionnements suivants sont possibles :

- a) domiciliation bancaire annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle
- b) virement annuel ou trimestriel

Les dates de paiement et les montants de prime sont communiqués régulièrement au preneur d'assurance.

À défaut de paiement de la prime, la garantie est suspendue, dans le respect de la législation en vigueur, jusqu'à extinction de la dette ou jusqu'à la résiliation du contrat pour non-respect des obligations du preneur d'assurance.

Les primes payées pour une période postérieure à une résiliation en bonne et due forme du preneur d'assurance sont remboursées suivant les dispositions légales.

N. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire

N.1. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre au sein de la SMA

§ 1^{er}. On entend par « assurance complémentaire »: les services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), organisés par une mutualité affiliée, par l'union nationale et par la société mutualiste auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

§ 2°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut devenir membre de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

§ 3°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut devenir membre de la SMA et ne peut donc pas bénéficier de la couverture de la SMA.

N.2. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la qualité de membre au sein de la SMA et sur le maintien du bénéfice de la couverture de la SMA

§ 1^{er}. On entend par « assurance complémentaire »: les services visés à l'article N.1., § 1er, des présents statuts.

§ 2°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité de membre de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

§ 3°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité de membre de la SMA et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la SMA et ce, même si elle était en ordre au niveau du paiement des primes pour la SMA.

Elle ne peut redevenir membre de la SMA et bénéficier à nouveau de la couverture de la SMA aux conditions fixées par les présents statuts pour les nouvelles affiliations à cette date, que si elle est en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire de sa mutualité, de l'union nationale et de la société mutualiste auprès desquelles la mutualité est affiliée, depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer lesdites cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période visée à l'alinéa précédent, cette personne perd sa qualité de membre de la société mutualiste.

Cette période de 6 mois est suspendue :

- 1° lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations visées se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

La loi belge est applicable au présent contrat. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée au service de médiation de la société ou au Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs, 35 à B - 1000 BRUXELLES ou via le site : www.ombudsman.as

ASSURANCE AMBULATOIRE MALADIES GRAVES

Cette assurance a pour but, dans les conditions définies ci-dessous, d'octroyer aux assurés tels que définis ci-dessous, une intervention dans les frais réels restants à charge des assurés dans les soins et traitements ambulatoires liés à une maladie grave reconnue.

A. DÉFINITIONS

A.1. Assuré

Le preneur d'assurance et les personnes à charge désignées aux conditions particulières, et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

A.2. Date d'effet

Le premier jour du mois qui suit la réception de proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance, à condition que la prime soit payée avant le dernier jour du mois de la date d'effet.

A.3. Date de début de droit

Date à laquelle les stages ont pris fin et la garantie pris cours.

A.4. Période de stage

La période débutant à la date d'effet de l'assurance pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

A.5. Intervention légale

Tout remboursement prévu en vertu des législations relatives à l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

A.6. Intervention extra-légale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives ayant le même objet que le présent contrat.

A.7. Maladies graves

Aux termes du présent contrat, sont considérées comme maladies graves les pathologies mentionnées dans la liste limitative suivante :

cancer, diphtérie, myopathies progressives héréditaires, encéphalite, fièvre typhoïde et paratyphoïde, leucémie, méningite cérébrospinale, mucoviscidose, le Parkinson, poliomyélite, sclérose en plaques, tétanos et typhus exanthématique, Alzheimer, maladie de Crohn, recto-colite, variole, charbon, sida, diabète de type I, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, maladie de Hodgkin, sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), tuberculose active, choléra, myélofibrose.

La Société Mutualiste est en droit de subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.

A.8. État de santé ou affection préexistants

Par état de santé ou affection préexistants, il faut considérer toute maladie grave existante au moment de la souscription.

A.9. Hospitalisation

Par hospitalisation, il faut considérer :

a) tout séjour médicalement nécessaire pour lequel au moins une nuit a été facturée par l'établissement hospitalier.

b) l'hospitalisation de jour limitée aux forfaits hôpital de jour prévus dans le cadre de l'article 4 de la Convention Nationale Organismes Assureurs - établissements hospitaliers et au forfait "hospitalisation chirurgicale de jour" (service 320) dans un établissement hospitalier.

B. SOUSCRIPTION

B.1. Les conditions de souscription

La souscription à l'assurance ne peut être refusée à un membre, au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté royal du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée, sauf les cas d'assurés visés par le point J. b) et c) ci-dessous.

Un membre, au sens de l'article 2, 3°, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée ne peut souscrire à l'assurance que s'il est en ordre de cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés.

Lorsque le membre perd la possibilité de bénéficier d'un avantage des services de l'assurance complémentaire, au sens de l'article 2, 3° de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991, ou en cas de retard de 6 mois dans le paiement des cotisations depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés, cette personne perd sa qualité de membre de la société mutualiste et son contrat est résilié de plein droit.

La couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales peut être souscrite par les membres qui sont affiliés comme titulaires auprès de leur mutualité pour eux-mêmes et les personnes qui y sont inscrites à leur charge. Le titulaire est alors l'assuré principal et les personnes à charge, les assurés secondaires.

Le titulaire, preneur d'assurance, doit souscrire pour toutes les personnes composant son ménage mutualiste au sens de l'art.2 de l'AR du 2 mars 2011 en vue de respecter les principes de solidarité et de prévoyance prévus par l'art.2. § 1 de la Loi du 6 août 1990. A cette fin, une seule police d'assurance reprenant tous les assurés secondaires signée par le preneur d'assurance suffit.

Toutefois, cette disposition n'est pas applicable :

- au membre du ménage, couvert par une assurance « ambulatoire maladies graves » indemnitaire souscrite à titre privé ou à titre collectif. Dans ce cas, il en fournira la preuve ;
- aux ascendants.

Cette disposition entrera en vigueur au 1er avril 2016.

B.2. Les Formalités de souscription

Lors de la souscription à l'assurance, le preneur d'assurance est tenu de compléter et signer un formulaire de proposition d'assurance comportant un formulaire médical.

Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée à la Société Mutualiste dans un délai de 30 jours. Lorsqu'une personne à charge, assurée, devient titulaire dans une mutualité affiliée à la Société Mutualiste, la Société Mutualiste lui soumet une offre d'assurance. La nouvelle offre proposée est conforme aux conditions de l'article 138bis-7 de la loi du 25 juin 1992. Cette personne dispose d'un délai de 90 jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit.

C. STAGES

Le stage général est de six mois ; ce stage général est supprimé pour :

- a) les assurés qui sont portés légalement à charge du preneur d'assurance, dans les cas de naissance ou adoption, après la date d'effet de l'assurance pour autant que le stage ait été accompli par le preneur d'assurance.
Lorsqu'une partie du stage a été accomplie, ces personnes à charge sont également considérées comme ayant accompli cette partie.
- b) les personnes à charge d'un preneur d'assurance dont l'assurance a pris fin et qui restent membres d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste, soit en devenant eux-mêmes titulaires, soit en devenant personne à charge d'un autre titulaire, pour autant que le stage ait été accompli dans son intégralité et qu'il n'y ait pas d'interruption. Si le stage n'a pas été accompli totalement, il devra être complété.
- c) l'assuré qui bénéficiait d'une assurance ambulatoire en cas de maladie grave, de type indemnitaire et présentant des garanties similaires, sans interruption au moment de la souscription à l'assurance.
La durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir. Pour pouvoir bénéficier de cette dispense de stage éventuelle, la demande de souscription à la Société Mutualiste doit avoir lieu dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente. Il ne peut y avoir aucune interruption entre la date de fin de la couverture précédente et la souscription à la Société Mutualiste.

D. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie de l'assurance est valable pour les prestations effectuées en Belgique.

E. DESCRIPTION DE LA GARANTIE

L'assurance intervient dans les frais de soins et de traitements médicalement nécessaires, relatifs aux maladies graves définies

au point A.7, en dehors de toute hospitalisation, pour autant que la maladie grave soit reconnue comme telle par la Société Mutualiste.

Aucune intervention n'est accordée pour les frais relatifs à toute maladie grave existant à la date d'effet de l'assurance.

L'intervention de l'assurance est égale à la somme des frais réellement exposés diminuée du montant des interventions légales et extra-légales auxquelles l'assuré peut prétendre, ou pourrait prétendre s'il n'y avait de cause de suspension ou d'exclusion imputable à son fait ou à celui du titulaire dont il est personne à charge.

Le calcul du remboursement des prestations s'effectue comme suit. En cas de traitement de maladie grave, en dehors des périodes d'hospitalisation, sont remboursés :

- Les soins et traitements prescrits par un médecin spécialiste pour autant qu'ils soient repris dans la nomenclature INAMI ; le remboursement des prestations reprises dans la nomenclature INAMI est effectué à concurrence de maximum une fois le montant de l'intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnité.
- Les médicaments prescrits par un médecin et délivrés en Belgique. Ne seront cependant remboursés que les médicaments prescrits par un médecin spécialiste, afin de soigner la maladie grave et inscrits expressément par celui-ci sur le formulaire spécifique dont le modèle est déterminé par la Société Mutualiste.
- Les frais de nourriture entérale prescrite par un médecin et délivrée en Belgique.
- Les pansements et compresses prescrits par un médecin et délivrés en Belgique.

Ainsi calculé, le montant de l'intervention de l'assurance est plafonné au montant maximum d'intervention de 6.250 €, par année civile et par assuré.

F. CONDITIONS D'INTERVENTION

Pour bénéficier des garanties des assurances offertes, l'assuré doit rester membre, au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée et respecter les statuts de celle-ci.

L'intervention de la Société Mutualiste est toujours subordonnée aux conditions de stage au paiement de la prime du preneur d'assurance et de ses personnes à charge de l'assurance sans préjudice de l'article 14 de la loi du 25 juin 1992.

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

Toute omission ou inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisant l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque peuvent entraîner la nullité du contrat.

L'assuré doit fournir sans retard à la Société Mutualiste tous renseignements utiles et également répondre aux demandes qui

lui sont faites par elle.

En cas de non-respect de cette disposition dans une intention frauduleuse, la Société Mutualiste peut refuser sa couverture.

Le paiement des indemnités est fait au preneur d'assurance sur présentation d'un document officiel fourni par la Société Mutualiste dûment complété.

L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée à la production des documents originaux (factures, quittance de remboursement, BVAC, ...) accompagnés de la déclaration de sinistre fournie par la Société Mutualiste.

Sur ces pièces doivent figurer :

- a) l'identité de l'assuré ;
- b) le détail des prestations (code nomenclature I.N.A.M.I.) et leur coût réel attesté par le prestataire de soins ;
- c) la date des prestations.

Ces documents doivent être introduits dans un délai de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins ou de la délivrance du médicament.

La Société Mutualiste a le droit de vérifier les déclarations qui lui sont faites et les réponses à ses demandes de renseignements ; l'assuré doit tout mettre en oeuvre pour fournir à la Société Mutualiste toute information relative aux raisons des prestations ambulatoires liées à une maladie grave et à leurs suites.

En cas de décès du titulaire ou d'un bénéficiaire, l'indemnisation sera accordée :

- au conjoint survivant ou cohabitant légal survivant,
- à défaut au notaire représentant la succession ou à un des héritiers légaux sur base d'un certificat d'hérédité et d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers.
- à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais de l'hospitalisation pour laquelle l'indemnisation est sollicitée.

G. EXCLUSIONS DE L'INTERVENTION

Sont exclues de la couverture les maladies résultant :

- a) d'un fait de guerre
- b) de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ou à un crime ;
- c) d'un accident sous imprégnation alcoolique ou sous influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- d) d'un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens ; L'acte intentionnel au sein de la présente clause est l'acte commis volontairement et sciemment qui cause un dommage

raisonnablement prévisible ; la tentative de suicide n'est considéré ni comme un fait intentionnel, ni comme un accident;

- e) de la pratique professionnelle de tout sport ;
- f) de réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes.

La Société Mutualiste se réserve le droit de vérifier la légalité des montants facturés pour les différents éléments de son intervention.

L'intervention peut être suspendue le temps nécessaire à l'analyse des pièces transmises par l'assuré et de tous les renseignements complémentaires éventuellement fournis.

L'intervention est refusée lorsque le caractère illégal de la facturation est constaté.

H. SUBROGATION

Sans préjudice de l'article 41 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, lorsque l'assurance intervient, ou est tenue d'intervenir, dans le cadre du présent contrat, elle est subrogée à l'assuré dans tous les droits et actions de celui-ci contre tous tiers.

En conséquence, l'assuré ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de l'assurance.

Il s'engage, en outre, à renouveler cette subrogation à la demande de la Société Mutualiste. Dans tous les cas, le service dispose de la faculté de juger de l'opportunité d'intenter une action en justice et sur les suites qu'il convient d'y donner.

I. CONTESTATIONS - LITIGES

La Société Mutualiste se réserve le droit de faire contrôler par son médecin contrôleur, l'état de santé de l'assuré et d'obtenir de ce dernier les informations demandées.

Toute contestation de nature médicale entre l'assuré et la Société Mutualiste sera soumise, d'une part, au médecin traitant l'assuré et, d'autre part, au médecin contrôleur de la Société Mutualiste.

En cas de désaccord, ils pourront désigner de commun accord un troisième médecin dont la décision sera définitive. Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son médecin. Les honoraires et frais du troisième médecin sont partagés par moitié.

J. RÉSILIATION - SANCTION - SUSPENSION

La Société Mutualiste se réserve le droit de résilier le présent contrat :

- a) en cas de non-paiement des primes dans le respect de la

législation en vigueur; le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat, à condition que le débiteur ait été mis en demeure; les frais de mise en demeure sont à charge du débiteur.

- b) en cas de préjudice moral ou financier occasionné volontairement aux intérêts de la Société Mutualiste ;
- c) en cas de fraude ou tentative de fraude en vue d'obtenir des remboursements indus auprès de la Société Mutualiste et pour quelle qu'assurance que ce soit ou de faits qui portent atteinte aux intérêts de la Société Mutualiste (comme par exemple piratage du système informatique) ou à l'intégrité physique ou psychique de son personnel (agression physique, verbale, ...).

Dans les cas visés aux points b) et c) ci-dessus ou dans les mêmes cas d'exclusion d'une autre assurance proposée par elle, la Société Mutualiste se réserve le droit d'appliquer un stage de 12 (douze) mois lors de toute demande de souscription ultérieure.

La Société Mutualiste se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités payées indûment.

K. DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION

K.1. La durée du contrat

L'assurance est conclue à vie sans préjudice des points J et K 2.

K.2. La résiliation du contrat par le preneur d'assurance

La résiliation du contrat par le preneur d'assurance est possible moyennant un préavis de trois mois donné par lettre recommandée. Le préavis prend cours le premier jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

Le contrat prend fin lorsque l'assuré :

- n'est plus membre d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste,
- décède.

Lorsque le contrat prend fin, il cesse ses effets y compris pour les traitements en cours

L. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Les parties élisent domicile :

- a) la Société Mutualiste à son siège social,
- b) le preneur d'assurance, à sa dernière adresse communiquée à la Société Mutualiste.

Le preneur d'assurance a l'obligation d'aviser la Société Mutualiste de tout changement de résidence, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile connu par

la Société Mutualiste.

M. PRIMES

M.1. Montant des primes

Les primes couvrent une année civile complète, du 1^{er} janvier au 31 décembre ; toutefois si l'assurance prend effet en cours d'année, le montant de la prime est adapté au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La prime à payer est fixée chaque année au 1^{er} janvier ; elle est établie en fonction de l'âge de chacun des assurés à la date d'effet du contrat et de leur âge au premier janvier de chaque année.

Sous réserve d'application de la clause de l'indexation prévue au point M.2., les montants des primes mensuelles sont repris ci-dessous.

La prime n'est plus majorée à partir du 3^{ème} enfant de moins de 18 ans à charge du preneur d'assurance pour autant que le preneur et ses enfants à charge aient tous souscrit à ladite assurance.

M.2. Indexation des primes

Au 1^{er} janvier de chaque année, la prime est adaptée en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de juin. La prime indexée pour l'année "n" est calculée en multipliant la prime par le rapport entre l'index de l'année "n-1" et celui de l'année "n-2".

Au 1^{er} janvier 2019, la prime est adaptée en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre 2017 à juin 2018.

Si la Société Mutualiste modifie les conditions ou les montants de prime, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite.

M.3. Révision des primes

Les primes sont adaptées avec effet au début de chaque année d'assurance, sur la base d'un ou plusieurs indices médicaux spécifiques établis par l'article 204 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie, calculés et publiés au Moniteur Belge par le SPF Affaires Economiques, si, et dans la mesure où, l'évolution de cet ou ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. Lorsqu'il est fait usage de l'indice spécifique visé à l'article 204, §3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, la comparaison entre l'indice des prix à la consommation et l'indice spécifique se fait pour la même période.

L'indice spécifique utilisé est l'indice médical global pour la garantie « soins ambulatoires » au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

En outre, l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités (O.C.M.) peut exiger que la Société Mutualiste mette un tarif en équilibre s'il constate que l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. De plus, l'O.C.M.

peut, à la demande de la Société Mutualiste et s'il constate que l'application de ce tarif, nonobstant l'application de l'article 204 §§2 et 3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, dans le cas d'un contrat d'assurance-maladie autre que professionnel au sens de l'article 202 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, exiger que la Société Mutualiste prenne des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre dans le respect de la réglementation Solvabilité II.

Les mesures prises pour assurer cet équilibre peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture. Le relèvement d'un tarif s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de l'O.C.M. et sans préjudice du droit à la résiliation du souscripteur d'assurance, aux primes de contrats en cours qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'O.C.M.

M.4. Paiement des primes

La prime est calculée en fonction :

- a) du nombre d'assurés;
- b) de l'âge des assurés à la date d'effet de l'assurance et au 1^{er} janvier des années suivantes.

En cas de modification du nombre de personnes à charge du preneur d'assurance en cours de contrat, les primes seront adaptées le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'événement a eu lieu.

La prime est payable par anticipation au siège social de la Société Mutualiste.

Les fractionnements suivants sont possibles pour autant que la prime annuelle soit supérieure à 20€ :

- domiciliation bancaire annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle,
- virement annuel ou trimestriel.

Les dates de paiement et les montants de prime sont communiqués régulièrement au preneur d'assurance.

A défaut de paiement de la prime, la garantie est suspendue dans le respect de la législation en vigueur jusqu'à extinction de la dette ou jusqu'à la résiliation du contrat pour non-respect des obligations du preneur d'assurance.

Les primes payées pour une période postérieure à une résiliation en bonne et due forme du preneur d'assurance sont remboursées suivant les dispositions légales.

N. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire

N.1. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre au sein de la SMA

§ 1^{er}. On entend par « assurance complémentaire »: les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), organisés par une mutualité affiliée, par l'union nationale et par

la société mutualiste auprès de laquelle la mutualité est affiliée.

§ 2°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut devenir membre de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

§ 3°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut devenir membre de la SMA et ne peut donc pas bénéficier de la couverture de la SMA.

N.2. Influence du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la qualité de membre au sein de la SMA et sur le maintien du bénéfice de la couverture de la SMA

§ 1^{er}. On entend par « assurance complémentaire »: les services visés à l'article N.1., § 1^{er}, des présents statuts.

§ 2°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité de membre de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

§ 3°. La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité de membre de la SMA et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la SMA et ce, même si elle était en ordre au niveau du paiement des primes pour la SMA.

Elle ne peut redevenir membre de la SMA et bénéficier à nouveau de la couverture de la SMA aux conditions fixées par les présents statuts pour les nouvelles affiliations à cette date, que si elle est en ordre de cotisations, pour les services de l'assurance complémentaire de sa mutualité, de l'union nationale et de la société mutualiste auprès desquelles la mutualité est affiliée, depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer lesdites cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période visée à l'alinéa précédent, cette personne perd sa qualité de membre de la société mutualiste.

Cette période de 6 mois est suspendue :

- 1° lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations visées se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- 2° pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

La loi belge est applicable au présent contrat. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée au service de médiation de la société ou au Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs, 35 à B - 1000 BRUXELLES ou via le site : www.ombudsman.as

POUR NOUS CONTACTER

www.solidaris-assurances.be • Tél. : 0800/231.00

Sites d'exploitation :

Solidaris Assurances : 36 rue Douffet - 4020 Liège - **Solidaris Assurances** : 32-38 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles
Solidaris Assurances : 1 place de la Mutualité - 6870 Saint-Hubert

