



ASSURANCE AMBULATOIRE PRÉ- ET POST- HOSPITALISATION
« **LE COMPLÉMENT HOSPI** »

Conditions générales applicables à partir du 1^{er} janvier 2024
Version 2024-001

Cette assurance a pour but, dans les conditions définies ci-dessous, d'octroyer aux assurés tels que définis ci-après, une intervention financière dans le coût des frais réels restant à charge de l'assuré qui résultent de certains soins ambulatoires exposés en dehors d'une hospitalisation.

La Société Mutualiste « Solidaris Assurances » est désignée dans les présents 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 première prime soit payée avant le dernier jour du mois de la date d'effet.

A.3. Date de début de droit

La date à laquelle le stage a pris fin et les garanties ont pris cours.

A.4. 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.5. Période de stage

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

A.6. Intervention légale

Tout remboursement prévu en vertu d'une législation relative à une assurance obligatoire soins de santé et indemnités, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

A.7. Intervention extra-légale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives ayant le même objet que le présent contrat, en ce compris l'assurance complémentaire des mutualités.

A.8. Assurance complémentaire

Ensemble de services et interventions proposés aux affiliés en règle de cotisations par une mutualité affiliée conformément à l'article 3 1er alinéa b) et c) de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

A.9. Nomenclature I.N.A.M.I.

Une liste codifiée qui reprend les prestations médicales existantes dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (arrêté royal du 14 septembre 1984 et modifications ultérieures).

A.10. Frais pré- et post- hospitalisation

Les frais qui résultent des soins ambulatoires exposés en dehors d'une hospitalisation pour laquelle la Société Mutualiste intervient, qui sont en lien avec cette hospitalisation, pour autant que ces soins soient dispensés dans la période qui prend cours au plus tôt 60 jours avant le début de l'hospitalisation et prenant fin au plus tard 90 jours après la fin de l'hospitalisation.

Toutefois, ne sont pas visés les frais résultant de soins dispensés avant la date d'effet du présent contrat.

En cas d'accident tel que défini au point A.4., le remboursement des frais pré-hospitalisation sera limité à ceux exposés pendant la période comprise entre le jour de l'accident et la date de début d'hospitalisation sans que cette période puisse excéder 60 jours.

A.11. Soins ambulatoires

Par soins ambulatoires, sont visés :

- Les prestations médicales et paramédicales dispensées en dehors d'une hospitalisation pour laquelle la Société Mutualiste est intervenue mais en lien avec cette hospitalisation ;
- Les médicaments qui sont prescrits par un médecin en raison de cette hospitalisation en ce compris les frais de compresses et de pansements ;
- La location du matériel sanitaire en lien avec cette hospitalisation.

A.12. Prestations médicales et paramédicales pré-hospitalisation

Par prestations médicales et paramédicales pré-hospitalisation, sont visés :

- Les consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes ;
- Les actes techniques médicaux ;
- L'imagerie médicale ;
- La radiothérapie et la radiumthérapie ;
- La médecine nucléaire ;
- La dermatovénérologie ;
- La biologie clinique ;
- Les suppléments d'urgence ;
- L'anatomopathologie ;
- Les prestations des accoucheuses ;
- Les prestations de kinésithérapie ;
- Les soins infirmiers ;
- Les radio-isotopes.

Ces prestations doivent être effectuées dans une période de 60 jours précédant l'hospitalisation pour laquelle la Société Mutualiste est intervenue, et être en lien avec cette hospitalisation.

A.13. Prestations médicales et paramédicales post-hospitalisation

Par prestations médicales et paramédicales post-hospitalisation, sont visés :

- Les consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes ;
- Les actes techniques médicaux ;
- L'imagerie médicale ;
- La radio et la radiumthérapie ;
- La médecine nucléaire,
- La dermatovénérologie ;
- La physiothérapie ;
- La biologie clinique ;

- Les suppléments d'urgence ;
- L'anatomopathologie ;
- Les prestations des accoucheuses ;
- Les prestations de kinésithérapie ;
- Les soins infirmiers ;
- La logopédie ;
- Les radio-isotopes.
- La rééducation cardiaque ;
- La revalidation locomotrice.

Ces prestations doivent être effectuées dans une période de 90 jours après l'hospitalisation pour laquelle la Société Mutualiste est intervenue, et être en lien avec cette hospitalisation.

A.14. Location du matériel sanitaire lié à l'hospitalisation

Par matériel sanitaire, sont visés :

- Les béquilles ;
- Les chaises roulantes ;
- Les chaises percées ;
- Les lits médicaux et accessoires ;
- Les déambulateurs ;
- Les tensiomètres ;
- Les aérosols ;
- Les tire-laits.

A.15. Assurance ou garantie similaire

Toute assurance de type indemnitaire dont les remboursements sont effectués sur la base des frais réellement facturés à l'assuré, qui intervient, au moins, dans les prestations de soins ambulatoires pré- et post- hospitalisation, au minimum 30 jours avant l'hospitalisation et au minimum 90 jours après l'hospitalisation.

A.16. Année d'assurance

La première année d'assurance se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le contrat a pris effet. Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

B. CONDITIONS D'ASSURABILITE

La couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est réservée aux membres des mutualités qui sont affiliées à la Société Mutualiste.

Il faut entendre par membre d'une mutualité, la personne qui moyennant paiement de la cotisation demandée, est affiliée conformément aux conditions légales, réglementaires et statutaires, à l'ensemble des services statutaires organisés par cette mutualité.

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 sont les assurés secondaires.

Le titulaire, preneur d'assurance doit souscrire pour toutes les personnes composant son ménage mutualiste au sens de l'article 2 de l'Arrêté Royal du 2 mars 2011 en vue de respecter les principes de solidarité et de prévoyance prévus par l'article 2 §1er de la loi du 6 août 1990 et qui sont couverts par une assurance hospitalisation indemnitaire auprès de la Société 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 :

- aux membres du ménage couverts par une assurance pré- et post- hospitalisation indemnitaire souscrite à titre privé ou à titre collectif. Dans ce cas, il en fournira la preuve ;
- aux ascendants.

La qualité de membre d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste est exigée des assurés pendant toute la durée de leur contrat conclu avec la Société Mutualiste.

C. SOUSCRIPTION

C.1. Les conditions de souscription

Pour pouvoir souscrire à l'assurance Le Complément Hospi, il faut :

- Etre membre d'une mutualité affiliée au sens de l'article 2, 1° ou 2° de l'arrêté royal du 7 mars 1991 ; 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 ;
- Avoir souscrit une assurance hospitalisation indemnitaire auprès de la Société Mutualiste et être en ordre de primes pour cette assurance.

C.2. Les formalités de souscription

Pour souscrire le contrat, le preneur d'assurance adresse à la Société Mutualiste la proposition d'assurance complétée et signée par lui.

Les conditions particulières constituant le contrat devront être renvoyées signées par le preneur d'assurance et par les assurés majeurs.

C.3. Les modifications dans le ménage

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

Lorsqu'une personne à charge, assurée, devient titulaire dans une mutualité affiliée, la Société Mutualiste lui soumet une offre d'assurance au produit Le Complément Hospi. Cette personne dispose d'un délai de 90 jours pour accepter l'offre par écrit.

D. STAGES

D.1. Le stage général est de 6 mois.

D.2. Le stage est supprimé pour :

- les frais pré- et post- hospitalisation liés aux lésions consécutives aux accidents survenus après la date de prise d'effet de l'assurance ;
- les assurés qui sont portés légalement à charge du preneur d'assurance en cas de naissance ou d'adoption après la date de prise 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 ;
- l'assuré qui bénéficiait d'une assurance ou garantie similaire ; la durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée de stage d'attente à accomplir ; pour pouvoir bénéficier de cette dispense de stage éventuelle, la proposition d'assurance accompagnée d'une attestation mentionnant la date de début, de fin et le type de garantie couvert précédemment, doit être remise à la Société Mutualiste dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente ;

- d) les personnes à charge d'un preneur d'assurance dont l'assurance a pris fin et qui restent membres d'une mutualité affiliée, soit en devenant eux-mêmes titulaires, soit en devenant personnes 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'est pas accompli totalement, il devra être complété au prorata des mois restants.

D.3. La période de stage est doublée pour l'assuré qui, ayant mis fin à son contrat après avoir bénéficié d'une indemnisation, y souscrit à nouveau. Ce stage n'est pas d'application pour le cas visé au point D.2.a.

D.4. Période promotionnelle :

La période de stage est supprimée pour l'assuré qui souscrit à l'assurance ambulatoire pré- et post- hospitalisation au plus tard le 1^{er} juillet 2017 et qui, au moment de la souscription, a terminé le stage prévu dans le cadre d'une assurance hospitalisation indemnitaire souscrite auprès de la Société Mutualiste. Si le stage dans le cadre de l'assurance hospitalisation indemnitaire n'est pas accompli totalement, le stage dans le cadre de l'assurance ambulatoire pré- et post- hospitalisation prendra fin en même temps que le stage dans le cadre de l'autre assurance.

E. ETENDUE TERRITORIALE

La garantie de l'assurance est valable uniquement pour des frais pré- et post- hospitalisation dispensés en Belgique.

Les assurés doivent avoir leur résidence habituelle en Belgique et la conserver pendant toute la durée du contrat conclu avec la Société Mutualiste, à moins qu'ils fournissent la preuve qu'ils restent assujettis à la Sécurité Sociale belge.

F. DESCRIPTION DE LA GARANTIE

La couverture d'assurance Le Complément Hospi a pour objet d'accorder, à charge de la Société Mutualiste, une intervention financière dans le coût des frais qui résultent des soins ambulatoires exposés en dehors d'une hospitalisation pour laquelle la Société Mutualiste intervient, et en lien avec celle-ci, pour autant qu'ils soient dispensés dans la période qui prend cours au plus tôt 60 jours avant le début de l'hospitalisation et prenant fin au plus tard 90 jours après la fin de l'hospitalisation.

La Société Mutualiste ne couvre toutefois les frais pré- et post-hospitalisation ambulatoires qu'après que l'assuré ait, au préalable, épuisé tous ses droits en vertu :

- de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- d'un fonds social statutaire ou non ;
- des services statutaires organisés par une mutualité ;
- d'une assurance indemnitaire couvrant les mêmes risques.

La somme des interventions cumulées avec celle de la Société Mutualiste ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réellement supportés par l'assuré ; le cas échéant, l'intervention de la Société Mutualiste sera réduite à concurrence du solde effectivement supporté par l'assuré.

En application de l'article 94 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les prestations dues en exécution de l'assurance indemnitaire pré- et post- hospitalisation ne sont pas diminuées du forfait pré- et post- hospitalisation qui serait octroyé dans le cadre d'une assurance hospitalisation indemnitaire souscrite auprès de la Société Mutualiste.

L'intervention vise :

- a) le coût des prestations reprises dans la nomenclature I.N.A.M.I. visée au point A.9 à concurrence de maximum une fois le montant de l'intervention de l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités dans les soins et traitements définis aux points A.12. et A.13, et s'ils ont été attestés durant la période visée au point A.10 ;
- b) le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales s'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et s'ils ont été délivrés durant la période visée au point A.10 ;
- c) les frais de location du matériel sanitaire défini au point A.14, lié à l'hospitalisation et ce, pour la période visée au point A.10 ;
- d) les frais de compresses et de pansements à concurrence de maximum 250 € par année civile et par bénéficiaire et s'ils ont été délivrés durant la période visée au point A.10.

G. CONDITIONS D'INTERVENTION

G.1. Généralités

Pour bénéficier des interventions, les assurés doivent rester membres, au sens de l'article 2, 1^o ou 2^o de l'arrêté royal du 7 mars 1991, d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste et respecter les statuts de celle-ci.

L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée aux conditions de stage et au paiement de la prime du preneur d'assurance et de ses personnes à charge à l'assurance, sans préjudice de l'article 69 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, lequel dispose : «Le défaut de paiement de la prime à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure. Le contrat d'assurance peut toutefois prévoir que la garantie ne prend cours qu'après le paiement de la première prime».

G.2. Intervention

L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée à la production des documents originaux (factures, quittances de remboursement, BVAC,...) accompagnés de la demande d'intervention 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.), leur coût réellement facturé à l'assuré et 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, de la location du matériel sanitaire ou de la délivrance du médicament.

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 pour lesquels l'indemnisation est sollicitée.

G.3. Plafond annuel

L'ensemble des interventions de l'assurance est limité par un plafond annuel, c'est-à-dire un plafond par année d'assurance, comme décrite au point A.16.

Le montant de l'intervention est plafonné à 10.000 € par année civile et par assuré.

H. EXCLUSIONS DE L'INTERVENTION

Sont exclus de la couverture les soins et traitements pré- et post-hospitaliers 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 considérée ni comme un fait intentionnel, ni comme un accident ;
- e) de la pratique professionnelle de tout sport ;
- f) de réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes.

Sont également exclus :

- a) les soins, implants et prothèses dentaires ;
- b) les soins ou traitements ayant débuté avant ou pendant la période de stage ;
- c) les cures d'amaigrissement et leurs suites ;
- d) les soins et traitements qui ne tendent pas à faire disparaître directement les affections (cures, produits cosmétiques, hygiéniques, alimentaires ou fortifiants, boissons) ;
- e) les médicaments et préparations homéopathiques, phytothérapeutiques, diététiques et d'hygiène ;
- f) les soins et traitements relatifs à une maladie ou à des lésions qui ne sont pas médicalement contrôlables ou ne présentent pas des symptômes objectifs rendant le diagnostic indiscutable ;
- g) l'entretien, la garde et l'assistance nécessités par l'impotence de l'assuré sans être médicalement nécessaires ;
- h) les soins et traitements esthétiques ;
- i) les soins et traitements prestés lorsque l'assuré est interné ou colloqué ;
- j) les soins et traitements expérimentaux ou non scientifiquement éprouvés ;
- k) les frais de prothèses, d'orthèses et d'appareils orthopédiques ;
- l) le forfait dialyse ;
- m) les frais de lunettes et de lentilles ;
- n) les appareils auditifs ;
- o) les soins non remboursés par l'Assurance Obligatoire Soins de santé et Indemnités.

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.

I. PRIMES

Les couvertures prévues par le contrat ne sont accordées et maintenues que moyennant le paiement préalable de la prime qui est fixée conformément aux dispositions spécifiques des présentes conditions générales. Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation en relation avec ces couvertures, imposé par la loi ou par toute autre disposition réglementaire, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

I.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 d'assurance hospitalisation indemnitaire qu'ils ont souscrit auprès de la Société Mutualiste et de leur âge au premier janvier de chaque année.

Sous réserve d'application de la clause de révision établie au point I.5. et de l'indexation prévue au point I.4., les montants des primes mensuelles sont repris ci-dessous.

I.2. Paiement des primes

La prime est due par le preneur d'assurance dès que celui-ci a reçu l'avis d'échéance de la Société Mutualiste.

La prime est calculée en fonction du nombre d'assurés et de l'âge des assurés à la date d'effet du contrat tel que décrit au point I.1. et au 1^{er} janvier de l'année concernée.

La prime est payable par anticipation au siège social de la Société Mutualiste soit par domiciliation annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, soit par virement annuel ou trimestriel, selon le choix mentionné sur la proposition d'assurance. Le paiement ne peut être valablement fait sous une autre forme ou une autre périodicité.

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

Deux refus consécutifs de prélèvement par domiciliation entraîneront de manière automatique l'annulation de celle-ci ; la prime sera alors payable uniquement par virement trimestriel. Toute nouvelle demande de domiciliation ne sera effective qu'après régularisation des primes dues.

En cas de modification du nombre d'assurés 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'évènement a eu lieu.

I.3. Défaut de paiement des primes

A défaut du paiement de la prime à son échéance, la garantie est suspendue, dans le respect des articles 69 à 72 inclus de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, jusqu'à extinction de la dette ou jusqu'à la résiliation du contrat pour non-respect des obligations du preneur d'assurance.

La Société Mutualiste se réserve le droit, après rappel ou mise en demeure, de prélever du montant de l'indemnisation le montant des primes dues par le preneur d'assurance.

Les primes payées pour une période postérieure à une résiliation sont remboursées suivant les dispositions légales.

I.4. Indexation des primes

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

La base de l'indice des prix à la consommation utilisée est la base 2013.

I.5. Révision et modification 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 Economique, si, et dans la mesure où, l'évolution de cet ou ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. L'indice utilisé est l'indice global du second trimestre de l'année précédente.

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, autoriser la Société Mutualiste à prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre.

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, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite.

Les modifications imposées par toute disposition légale ou réglementaire d'ordre public ou impérative, et notamment lorsqu'il s'agit d'une imposition fiscale ou d'une contribution additionnelle, s'appliquent de plein droit au contrat d'assurance.

J. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

J.1. La durée du contrat

L'assurance indemnitaire pré- et post- hospitalisation est conclue à vie sauf les cas visés aux points J.3 et K.

J.2. La prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance.

En cas d'ajout d'une personne au contrat, la date de prise d'effet de la garantie est reprise sur l'avenant.

J.3. 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, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

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 également fin lorsque l'assuré :

- n'est plus membre d'une mutualité affiliée à la Société Mutualiste ;
- n'est plus assuré auprès d'une assurance hospitalisation indemnitaire auprès de la Société Mutualiste ;
- décède.

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

K. RESILIATION – SANCTION – SUSPENSION

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

- en cas de non-paiement des primes dans le respect des articles 69 à 72 inclus de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; 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 ;
- en cas de préjudice moral ou financier occasionné volontairement aux intérêts de la Société Mutualiste ;
- en cas de fraude ou tentative de fraude en vue d'obtenir des remboursements indus auprès de la Société Mutualiste et pour laquelle 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,...) ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance hospitalisation indemnitaire.

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 mois lors de toute demande de souscription ultérieure.

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

L. SUBROGATION

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 aucun 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.

M. CONTESTATIONS – LITIGES

La Société Mutualiste se réserve le droit de faire contrôler par son médecin référent 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 à un collège arbitral composé, d'une part, du médecin désigné par l'assuré et, d'autre part, du médecin référent de la Société Mutualiste.

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

Chacune des parties supportera les honoraires et frais de son médecin. Les honoraires et frais du troisième médecin seront partagés par moitié.

N. CORRESPONDANCE ET PREUVE

Les communications ou notifications destinées à la Société Mutualiste doivent être faites à la Société Mutualiste ; celles destinées au preneur sont faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aura notifiée ultérieurement à la Société Mutualiste.

Le preneur d'assurance s'engage à réceptionner toutes les lettres et correspondances recommandées ou autres que lui adresserait la Société Mutualiste ou ses agents d'assurance ; en cas de refus d'acceptation de ces lettres et correspondances, celles-ci seront considérées comme lui étant parvenues. Il sera définitivement justifié :

- de l'envoi de lettres de la Société Mutualiste par le récépissé de la poste lorsqu'il s'agit d'une lettre recommandée et ;
- du contenu des lettres et dossiers de la Société Mutualiste par les copies en possession de la Société Mutualiste.

O. LITIGES ET PLAINTES

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte relative au présent contrat doit être adressée au Service Juridique de la Société Mutualiste à l'adresse suivante : Solidaritas Assurances – Service Juridique, Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, ou au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs, 35 à B- 1000 BRUXELLES ou via le site www.ombudsman-insurance.be.

P. 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.

Q. VIE PRIVEE

Le preneur d'assurance et les personnes assurées autorisent la Société Mutualiste à recueillir et à traiter toutes les données et informations à caractère personnel et médical les concernant et qui sont nécessaires à l'exécution du présent contrat.

La Société Mutualiste ne recueille, traite et utilise les informations et données à caractère personnel et médical qu'en vue d'exécuter ledit contrat ; ces informations et données sont adéquates, pertinentes et non excessives par rapport à cette finalité.

R. PRINCIPE DE SOLIDARITE

La présence d'une maladie, d'une affection ou d'une situation (accident ou handicap) préexistante à la souscription Le Complément Hospi dans le chef d'un assuré n'entraîne ni rejet de l'assuré, ni majoration de prime, ni restriction de l'intervention de la Société Mutualiste.

S. PRESCRIPTION

Le droit aux prestations prévues par le présent contrat se prescrit par trois ans à compter du jour de l'intervention, du traitement ou de la délivrance du médicament et ce, conformément à l'article 88 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

T. INFLUENCE DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

T.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.

§ 4°. Suite à l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 14 janvier 2021 portant modification de l'arrêté royal du 7 mars 1991, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée tel que prévu au paragraphe précédent, avant le 1er janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25e mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa 2 s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2ter, alinéa 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2ter. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa 2.

T.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 au point T.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, depuis qu'est entamée la période d'attente de droit 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. Par période d'attente, nous entendons la période dont la durée est définie dans l'article 2 quater de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, l'article 14, §3, et l'article 19, alinéas 3 et 4 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Les dispositions relatives à la période d'attente réduite ont été insérées dans l'arrêté royal précité avec effet au 1er janvier 2022.

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.

§ 4°. Suite à l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 14 janvier 2021 portant modification de l'arrêté royal du 7 mars 1991, aucune personne ne peut obtenir la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier des avantages de ces services est supprimée tel que prévu au paragraphe précédent, avant le 1er janvier 2022.

Le cas échéant, pendant la période qui va du 25e mois de non-paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre 2021, la personne conserve la qualité de membre d'une mutualité dont la possibilité de bénéficier d'un avantage des services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990 est suspendue.

Les cotisations afférentes à la période visée à l'alinéa 2 s'ajoutent aux cotisations visées à l'article 2ter, alinéa 2 de l'arrêté royal du 7 mars 1991, sans préjudice des exceptions visées aux alinéas 3 et 4, de cet article 2ter. Pour l'application de ces exceptions, il faut, le cas échéant, également prendre en considération la période visée à l'alinéa 2.

POUR NOUS CONTACTER

www.solidaris-wallonie.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

