



*en collaboration avec*

**EXPAT & Co**

International mobility insurances



# Masterkey<sup>2</sup>Health

SANTE ET ASSISTANCE A L'ETRANGER

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES GARANTIES</b> .....	<b>4</b>
<b>MODULE 1. SOINS DE SANTE</b> .....	
<b>Plan Hospitalisation</b> .....	
<b>Options</b> : .....	<b>5</b>
Option 1 : Traitement optionnel dans le Pays d'Origine .....	
Option 2 : Soins ambulatoires .....	
Option 3 : Soins dentaires, optiques, et appareils auditifs .....	
<b>MODULE 2. ASSISTANCE</b> .....	<b>6</b>
<b>Garantie de base</b> : .....	
ASSISTANCE pour les résidents .....	
ASSISTANCE pour les expatriés .....	
ASSISTANCE pour les navetteurs internationaux.....	7
ASSISTANCE pour étudiants/travailleurs au pair/stagiaires internationaux .....	
ASSISTANCE VOYAGE .....	8
<b>Options</b> : .....	<b>9</b>
Option 1 : ASSISTANCE VOYAGE – Bagages.....	
Option 2 : ASSISTANCE VOYAGE – Annulation / Interruption de voyage.....	
<b>MODULE 3. ACCIDENTS ET MALADIES                     GRAVES</b> .....	<b>10</b>
<b>MODULE 4. REVENU GARANTI</b> .....	
<b>DICTIONNAIRE</b> .....	<b>11</b>
<b>CONDITIONS GENERALES COMMUNES A TOUS LES MODULES</b> .....	<b>15</b>
<b>Article 1. Assureur</b> .....	
<b>Article 2. Contenu du contrat d'assurance</b> .....	
2.1. Modules et Options .....	
2.2. Etendue de la couverture.....	
2.3. Territorialité de la couverture .....	
2.4. Franchises .....	
<b>Article 3. Durée et fin du contrat</b> .....	
3.1. Durée du contrat .....	
3.2. Fin du contrat.....	
3.2.1. Par le preneur d'assurance .....	
3.2.2. Par la Compagnie .....	
<b>Article 4. Modifications du contrat</b> .....	<b>16</b>
<b>Article 5. Paiement de la prime</b> .....	
5.1. Paiement de prime en général.....	
5.2. Non-paiement ou paiement tardif.....	
<b>Article 6. Exclusions Générales</b> .....	
6.1. Risque de guerre / terrorisme .....	
6.2. Acte criminel .....	
6.3. Armes .....	
6.4. Réactions nucléaires.....	
6.5. Alcool / drogue .....	
6.6. Sports .....	
6.7. Autres exclusions.....	
<b>Article 7. Sinistres</b> .....	<b>17</b>
7.1. Déclaration de sinistre .....	
7.2. Intervention complémentaire.....	
7.3. Subrogation .....	
7.4. Contestation et Expertise.....	
<b>Article 8. Cours de change</b>	
<b>Article 9. Obligations de la personne assurée</b> .....	
<b>Article 10. Communications</b> .....	
<b>Article 11. Législation en vigueur, conflits</b> .....	
<b>Article 12. Loi concernant la protection de la                     Vie privée</b> .....	<b>18</b>
<b>MODULE 1 : SOINS DE SANTE</b> .....	<b>19</b>
<b>Article 13. Types de plans, possibilités et                     conséquences</b> .....	
13.1. Full Cover Plan (Plan intégral) .....	
13.2. Top-Up Plan (Plan supplétif) .....	
13.3. Sleeper Plan (Plan d'attente) .....	
13.4. Changement d'un plan vers un autre plan .....	
13.5. Propriété intellectuelle du concept .....	
<b>Article 14. Acceptation du risque</b> .....	<b>20</b>
<b>Article 15. Garantie de base : Plan                     d'hospitalisation</b>	
15.1. Dépenses d'hospitalisation .....	
15.2. Transplantations de moelle épinière, de tissus et d'organes .....	
15.3. Grossesse et accouchement.....	
15.4. Pré- et post hospitalisation.....	
15.5. Soins à domicile.....	
15.6. Rééducation physique .....	
15.7. Traitement psychiatrique.....	
15.8. Traitement dentaire d'urgence .....	
15.9. Chambre et logement pour un parent accompagnant un enfant mineur .....	
15.10. A l'étranger.....	21
15.11. Check-up préventifs et vaccinations .....	
15.12. Transport du patient .....	
15.13. Forfait hospitalier .....	
15.14. Les maladies graves .....	
<b>Article 16. Options</b> .....	
16.1. Option 1 : Traitement facultatif dans le Pays d'Origine .....	
16.2. Option 2: Soins ambulatoires .....	
16.3. Option 3 : Soins dentaires, optiques, et appareils auditifs .....	22
<b>Article 17. : Les plans collectifs</b> .....	
17.1. Avantage C1 : Acceptation de la préexistence..	
<b>Article 18. Règlement des sinistres</b> .....	
18.1. Remboursements.....	
18.2. Franchises .....	
18.3. Périodes d'attente .....	
<b>Article 19. Exclusions</b> .....	<b>23</b>
<b>Article 20. Méthodes de traitement</b> .....	
<b>Article 21. Obligations de la personne assurée</b> .....	
<b>MODULE 2 : ASSISTANCE</b> .....	<b>24</b>
<b>Article 22. Acceptation du risque</b> .....	
<b>Article 23. Garantie de base</b> .....	
<b>Article 24. Assistance pour résidents</b> .....	
24.1. Informations médicales diverses.....	
24.2. Deuxième conseil du médecin conseil de la Compagnie .....	
24.3. Aide administrative lors d'une maladie ou d'un accident .....	
24.4. Réservation d'une chambre d'hôpital.....	
24.5. Envoi sur place d'un médecin ou d'une équipe médicale. ....	
24.6. Transport de l'assuré vers l'hôpital et retour .....	
24.7. Transmission de messages urgents .....	
24.8. Transport de l'assuré suite à une hospitalisation .....	
24.9. Transport funéraire .....	25

<b>Article 25. – Assistance pour des expatriés</b> .....	<b>25</b>
25.1. Conseil médical direct du médecin conseil de la Compagnie .....	
25.2. Frais de recherche en cas d'une disparition inquiétante de plus de 24 heures .....	
25.3. Rapatriement ou transport suite à un incident médical .....	
25.4. Décès d'un assuré .....	
25.4.1. En cas d'inhumation ou de crémation dans le Pays d'Origine .....	
25.4.2. En cas d'inhumation ou de crémation hors du Pays d'Origine .....	
25.5. Rapatriement des membres de famille assurés .....	
25.6. Rapatriement du véhicule abandonné .....	
25.7. Frais de séjour et voyage.....	
25.8. L'envoi d'un remplaçant .....	<b>26</b>
<b>Article 26. – Assistance pour des navetteurs internationaux</b> .....	
26.1. Rapatriement de l'assuré vers le Pays de Résidence .....	
26.2. Rapatriement du véhicule abandonné .....	
26.3. Frais de séjour et de voyage.....	
26.4. Avance de fonds .....	
26.5. Avance de caution pénale .....	
26.6. Avance de frais d'avocat .....	
<b>Article 27. Assistance pour des étudiants / travailleurs au pair / stagiaires internationaux</b> .....	
27.1. Frais de recherche en cas d'une disparition inquiétante de plus de 24 heures .....	
27.2. Rapatriement de l'assuré (ou de la dépouille) vers le Pays de Résidence .....	
27.3. Remboursement du droit d'inscription en cas d'interruption des études par l'assuré .....	<b>27</b>
27.4. Remboursement des frais d'annulation du bail en cas d'interruption des études par l'assuré .....	
27.5. Rapatriement du véhicule abandonné .....	
27.6. Frais de séjour et voyage.....	
27.7. Frais de séjour en période intermédiaire en cas de transfert nécessaire vers une autre famille d'accueil.....	
27.8. Avance de fonds .....	
27.9. Avance de caution pénale.....	
27.10. Avance de frais d'avocat.....	
<b>Article 28. Assistance voyage</b> .....	
28.1. Informations voyage au préalable.....	
28.2. Frais de recherche et de sauvetage .....	
28.3. Rapatriement ou transport suite à un incident médical .....	<b>28</b>
28.4. Rapatriement de la dépouille. ....	
28.5. Rapatriement des autres assurés .....	
28.6. Rapatriement des bagages.....	
28.7. Rapatriement du véhicule de l'assuré .....	
28.8. Envoi de médicaments/équipement médical indispensables .....	
28.9. Transmission de messages urgents .....	
28.10. Assistance en cas de bris, perte ou vol de prothèses .....	
28.11. Assistance en cas de perte ou de vol de documents de voyage, chèques, de cartes de banque ou de crédit.....	
28.12. Avance de fonds .....	<b>29</b>
28.13. Avance de caution pénale.....	
28.14. Avance de frais d'avocat.....	
28.15. Assistance linguistique .....	
28.16. Frais de séjour et voyage.....	
28.17. Remboursement du forfait remonte-pentes .....	<b>29</b>
28.18. Business Lifestyle .....	
28.19. Exclusions .....	<b>30</b>
<b>Article 29. Option 1: Bagages</b> .....	
29.1. Assistance en cas de perte/vol des bagages .....	
29.2. Retard dans l'acheminement des bagages.....	
29.3. Exclusions.....	
29.4. Règlement des sinistres – Obligations de l'assuré.....	
<b>Article 30. - Option 2 : Annulation de voyage / Interruption de voyage</b> .....	<b>31</b>
30.1. Annulation .....	
30.2. Interruption de voyage .....	
30.3. Exclusions.....	
30.4. Règlement des sinistres.....	<b>32</b>
30.4.1. En cas d'annulation de voyage .....	
30.4.2. En cas d'interruption de voyage .....	
30. 5. Obligations de l'assuré.....	
<b>MODULE 3 : ACCIDENTS ET MALADIES GRAVES</b> .....	<b>33</b>
<b>Article 31. Acceptance du risque</b> .....	
<b>Article 32. Etendue de la couverture</b> .....	
<b>Article 33. Exclusions</b> .....	
<b>Article 34. Obligations</b> .....	
34.1. Déclaration du sinistre .....	
34.2. Obligations de la personne assurée après un accident.....	
34.3. Obligations du preneur d'assurance .....	
<b>Article 35. Règlement des sinistres</b> .....	
35.1. Droit à l'indemnité en cas de décès .....	
35.2. Droit à l'indemnité en cas d'invalidité permanente .....	
35.3. Droit à l'indemnité en cas de survenance d'une maladie grave .....	<b>34</b>
35.4. Détermination du pourcentage de l'indemnité .....	
35.5. Indemnités cumulatives .....	
35.6. Paiement de l'indemnité.....	
<b>Article 36. Fin de la garantie</b> .....	
36.1. Garantie de non-résiliation .....	
<b>MODULE 4 : REVENU GARANTI</b> .....	<b>35</b>
<b>Article 37. Acceptation du risque</b> .....	
37.1. Changement d'activité professionnelle .....	
<b>Article 38. Etendue de la couverture</b> .....	
<b>Article 39. Exclusions</b> .....	
<b>Article 40. Obligations</b> .....	
40.1. Déclaration du sinistre .....	
40.2. Obligations de la personne assurée dans le cas d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse compliquée.....	<b>36</b>
40.3. Obligations du preneur d'assurance .....	
<b>Article 41. Règlement des sinistres</b> .....	
41.1. Droit à l'indemnité .....	
41.2. Détermination de l'incapacité.....	
41.3. Délai de carence .....	
41.3.1. Délai de carence en cas de rechute.....	
41.4. Paiement des indemnités.....	
41.4.1. Exonération des primes .....	
41.4.2. Rente d'incapacité.....	
<b>Article 42. Fin de la garantie</b> .....	<b>37</b>
42.1. Garantie de non-résiliation .....	

# LISTE DES GARANTIES

## MODULE 1. SOINS DE SANTE

### PLAN HOSPITALISATION

LIGHT STANDARD GOLD

#### Acceptation du risque

Les personnes en dessous de l'âge de 70 ans.

Le plan hospitalisation rembourse 100 % des frais couverts sans toutefois excéder la limite totale de

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000

ou des limites spécifiques suivantes **par assuré et par an:**

#### Hospitalisation et traitement en clinique de jour

• Frais d'hospitalisation (séjour, frais de chambre, honoraires des médecins, soins infirmiers, frais d'appareillages, médicaments, pansements, les frais d'adjuvants médicaux)	100%	100%	100%
• Frais de chambre privée	si medic.nécessaire	90%	100%
• Frais de transplantation de moelle, de tissus et d'organes, jusqu'à	€ 150.000	€ 150.000	100%
• Chirurgie reconstructive suite à un accident ou suite à une chirurgie d'un acte médical couvert	100%	100%	100%
• Prothèses, membres artificiels, dispositifs correctifs médicaux qui sont médicalement nécessaires et qui sont implantés durant l'opération comme une partie définitive du corps	100%	100%	100%
• Grossesses et accouchements normaux, jusqu'à	80%, max.€ 7.500	€ 8.000	100%
• Grossesses et accouchements compliqués	100%	100%	100%

#### **La césarienne de convenance sera remboursée au même taux qu'un accouchement normal.**

Un (1) enregistrement polysomnographique (test de la mort subite) dans les 6 premiers mois

NON 100% 100%

→ *Sujet à une période d'attente de*

24 mois 12 mois 10 mois

• Chimiothérapie, radiothérapie, dialyses	100%	100%	100%
• Physiothérapie sur prescription médicale	100%	100%	100%
• Rééducation physique médicalement prescrite suite à un traitement hospitalier dans un centre de rééducation, jusqu'à	NON	€ 2.500	€ 5.000
• Traitement psychiatrique dans un hôpital ouvert	NON	€ 5.000	100%
• Soins palliatifs (si mentionnés sur la facture d'hospitalisation) avec un maximum de .... jours	0	30	60
• Frais mortuaires (si mentionnés sur la facture d'hospitalisation)	NON	100%	100%
• Traitement dentaire urgent suite à un accident, jusqu'à	€ 1.500	€ 1.500	100%
• Frais de séjour pour un (1) parent qui accompagne un enfant mineur, si l'accompagnement se fait à l'hôtel, maximum 30 jours, limité à,	100% € 75	100% € 125	100% € 175
• Transport urgent routier par ambulance, taxi, voiture, train,...	€ 750	€ 1.000	100%
• Transport urgent en hélicoptère du lieu de l'incident vers l'hôpital	100%	100%	100%
• Garantie d'une somme forfaitaire par nuit en cas d'hospitalisation gratuite, et ce pendant un maximum de .... nuits.	€ 25 10	€ 50 20	€ 75 30

#### Traitement ambulatoire

• Traitements et examens pré/post hospitalisation (durée en jours)	80% 30/30	100% 30/60	100% 60/120
• Soins infirmiers à domicile, jusqu'à jusqu'à un maximum de .... jours	€ 5.000 30	€ 5.000 60	€ 15.000 90
• Accouchement à domicile	80%, 7.500	€ 8.000	100%
→ <i>Sujet à une période d'attente de</i>	24 mois	12 mois	10 mois
• Contrôle médical annuel (examen général, test des cancers de la prostate, du sein et de l'utérus)	€ 100	€ 150	€ 200
• Vaccinations	80%	100%	100%

#### Traitements hospitaliers et soins ambulatoires des maladies graves

Les maladies graves suivantes sont couvertes :

100% 100% 100%

Alzheimer – Sclérose Laterale Amyotrofic – Anthrax – Brucellose – Cancer – Choléra – Creutzfeldt-Jacob - Maladie de Crohn – Cystic Fibroses – Diabète type I et II – Diphtérie – Dystrophie musculaire progressive - Encéphalites – Hépatite virale – Lymphomes (Hodgkin et non-Hodgkin) – Leucémie – Malaria – Mélanomes malins – Méningites – Mucoviscidose – Paratyphus – Maladie de Parkinson – dialyse rénale – Sclérose en plaques – SIDA – Poliomyélite – Pompe – Tétanos – Tuberculose – Typhus – Variole – Invalidité totale suite à un accident grave.

**Frais médicaux à l'étranger (en dehors du Pays de Résidence et /ou du Pays d'inscription à la Sécurité Sociale)**

- |  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| • <b>Uniquement Accidents et Maladies aiguës</b> , survenus pendant le séjour à l'étranger, dans la zone choisie et dans les limites prévues au plan hospitalisation | OUI | OUI | OUI |
|--|-----|-----|-----|

**OPTIONS: (par assuré par an)**

**Option 1 : Traitement optionnel dans le Pays d'Origine**

Plafond en sus des dépenses normales d'un traitement identique dans le Pays de Résidence ou dans le Pays d'inscription à la Sécurité Sociale. Max. par sinistre et dans les limitations du plan hospitalisation	€ 25.000	€ 37.500	€ 50.000
Frais de transport (voyage en classe économique)	NON	NON	50%

**Option 2 : Soins ambulatoires**

Plafond maximal par an par personne	<b>€ 5.000</b>	<b>€ 15.000</b>	<b>€ 25.000</b>
• Honoraires de généralistes et de spécialistes	80%	100%	100%
• Examens (Analyses, Rayons – X, Scanners, Tests labo...)	80%	100%	100%
• Guidance prescrite pour diététique, logopédie, consultations sur le stress, par an par personne, jusqu'à	NON	€ 500	€ 1.500
• Physiothérapie prescrite	80%	100%	100%
jusqu'à un maximum/année de	€ 1.500	€ 1.500	
• Exercices pré- et post natals, par grossesse, jusqu'à	NON	€ 500	€ 750
• Soins psychiatriques, psychothérapie prescrite jusqu'à	NON	€ 1.000	€ 2.500
• Médicaments prescrits	80%	100%	100%
jusqu'à un maximum/année de	€ 750	€ 1.500	100%
• Adjuvants médicaux pour un accident ou une maladie couvert(e)	80%	100%	100%
• Semelles orthopédiques prescrites (maximum une paire par an)	80%	100%	100%
• Location de matériel prothétique pour un accident ou une maladie couvert(e) (par ex. chaise roulante,...)	80%	100%	100%
jusqu'à un maximum/année de	€ 1.000	€ 1.000	€ 3.000
• Acupuncture, Chiropractie, Homéopathie, Ostéopathie jusqu'à	80%, max.€ 500	€ 1.000	€ 1.500
• Médicaments prescrits anthroposophiques/homéopathiques jusqu'à	80%, max.€ 500	€ 1.000	€ 1.500

**Option 3 : Soins dentaires, optiques, et appareils auditifs**

• Contrôle annuel dentaire et détartrage dentaire	€ 50	€ 75	€ 100
• Traitements dentaires courants, jusqu'à,	80%	80%	100%
jusqu'à,	€ 500	€ 1.000	€ 1.500
• Traitements dentaires spécifiques, jusqu'à,	50%	80%	80%
jusqu'à,	€ 2.000	€ 2.500	€ 3.000
→ <i>Sujet à une période d'attente de</i>	24 mois	24 mois	12 mois
<b>→ limite absolue annuelle pour soins dentaires (tout compris)</b>	<b>€ 2.250</b>	<b>€ 3.000</b>	<b>€ 3.750</b>
• Verres et lentilles (lunettes de soleil et lentilles de couleur exclus) Une paire par an, jusqu'à	80%	80%	100%
Premiers verres ou lentilles toujours sur prescription !	€ 150	€ 200	€ 250
• Forfait monture 200 €	NON	NON	1 par an
• Appareils auditifs prescrits	80%	80%	100%
Maximum 1 appareil/oreille tous les 3 ans, jusqu'à un max. de	€ 500	€ 1.000	€ 1.500

**POUR LES POLICES COLLECTIVES UNIQUEMENT:**

**Avantage C1 : Acceptation de la préexistence**

Couvertures des affections préexistantes dans les limites de la police Uniquement valable pour les groupes de plus de 10 employés .	OUI	OUI	OUI
---	-----	-----	-----

## MODULE 2. ASSISTANCE

Masterkey<sup>2</sup>Health Assistance vous offre les garanties suivantes, sans toutefois excéder les limites mentionnées:

### Garantie de Base:

#### ASSISTANCE pour les résidents:

(valable dans le Pays de Résidence):

	LIGHT	STANDARD	GOLD
• Informations			
- informations concernant différents services médicaux locaux	OUI	OUI	OUI
- 2 <sup>ème</sup> conseil médecin conseil de la Compagnie	OUI	OUI	OUI
• Assistance en cas d'admission à l'hôpital:			
- Assistance administrative	OUI	OUI	OUI
- Réservation d'une chambre hospitalière	OUI	OUI	OUI
• Assistance en cas d'un incident médical imprévu			
- L'envoi sur place d'un médecin ou Equipe Médicale	OUI	OUI	OUI
- Transport de l'assuré vers l'hôpital	OUI	OUI	OUI
- Transmission de messages urgents	OUI	OUI	OUI
• Assistance après hospitalisation, et si immobilisé			
- Transport de l'assuré à la maison	OUI	OUI	OUI
- Transport de l'assuré (aller-retour) pour visites de contrôle (max. 15j. après hospitalisation)	OUI	OUI	OUI
• Assistance en cas de décès:			
- Transport de la dépouille à la morgue	OUI	OUI	OUI
- Assistance administrative	OUI	OUI	OUI

#### ASSISTANCE pour les expatriés:

Garantie identique à celle prévue pour les résidents

(valable dans le Pays de Résidence + le Pays de Sécurité Sociale)

+ les garanties suivantes dans le Pays de Résidence :

• Conseil médical direct du médecin conseil de la Compagnie	OUI	OUI	OUI
• Frais de recherche en cas d'une disparition inquiétante, jusqu'à	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
• Evacuation vers un lieu de traitement plus approprié + retour	OUI	OUI	OUI
• Rapatriement de la voiture abandonnée vers la résidence/l'entreprise en zone 10		en zone 10	en zone 10
• Rapatriement des membres de la famille suite à dommage important du domicile	NON	OUI	OUI
• Traitement funéraire, et rapatriement de la dépouille, jusqu'à	OUI	OUI	OUI
Frais de cercueil limité à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Rapatriement des membres de la famille après rapatriement de l'assuré	NON	OUI	OUI
• Frais de séjour et de voyage, jusqu'à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
pour:			
- les personnes assurées en cas de décès ou condition médicale critique d'un membre de famille proche dans le Pays d'Origine;	OUI	OUI	OUI
- un membre de famille proche en cas d'hospitalisation de l'assuré dans une situation médicalement critique hors du Pays de l'Origine.	OUI	OUI	OUI
- une personne en cas d'accompagnement d'un assuré évacué	OUI	OUI	OUI
- une personne assurée en cas de dommage important d'un bien en propriété dans le Pays d'Origine.	NON	OUI	OUI
Frais de séjour limités par personne par jour, jusqu'à	€ 75	€ 75	€ 75
• Avance de fonds, jusqu'à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Avance de caution pénale, jusqu'à	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Avance de frais d'avocat, jusqu'à	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
• <b>POUR LES POLICES COLLECTIVES UNIQUEMENT:</b>			
<b>Avantage C2 : L'envoi d'un remplaçant</b>			
Frais de séjour et de voyage, jusqu'à	-	€ 1.250	€ 1.250
pour l'envoi d'un remplaçant pour un assuré hospitalisé, rapatrié ou décédé (séjours max. 10 jours)	NON	OUI	OUI
Frais de séjour limités par personne par jour, jusqu'à	-	€ 75	€ 75

**ASSISTANCE pour les navetteurs internationaux:****LIGHT      STANDARD      GOLD**Garantie identique à celle prévue pour les résidents  
(valable dans le Pays de la Résidence ainsi que le Pays de Sécurité Sociale.

+ les garanties suivantes dans le(s) pays de travail + le trajet :

• Rapatriement de l'assuré vers le Pays de Résidence	OUI	OUI	OUI
• Rapatriement de la voiture abandonnée vers la résidence/l'entreprise	en zone 10	en zone 10	en zone 10
• Traitement funéraire + rapatriement de la dépouille, jusqu'à Frais de cercueil limité à	OUI € 1.250	OUI € 1.250	OUI € 1.250
• Frais de séjour et de voyage, jusqu'à pour:	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
- un membre de la famille proche en cas d'hospitalisation de l'assuré dans une situation médicalement critique dans le pays du travail.	OUI	OUI	OUI
- une personne en cas d'accompagnement de l'assuré évacué	OUI	OUI	OUI
Frais de séjour limités par personne par jour, jusqu'à	€ 75	€ 75	€ 75
• Avance de fonds, jusqu'à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Avance de caution pénale, jusqu'à	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Avance de frais d'avocat, jusqu'à	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500

**ASSISTANCE pour étudiants/travailleurs au pair/stagiaires internationaux:**

Garantie identique à celle prévue pour les résidents (valable dans le Pays de Résidence)

+ les garanties suivantes dans le pays de l'étude/travail, + le trajet :

• Frais de recherche en cas d'une disparition inquiétante, jusqu'à	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
• Rapatriement de l'assuré vers le Pays de Résidence	OUI	OUI	OUI
• Traitement funéraire + rapatriement de la dépouille, jusqu'à Frais de cercueil limité à	OUI € 1.250	OUI € 1.250	OUI € 1.250
• Rapatriement de la voiture abandonnée vers la résidence/l'entreprise	en zone 10	en zone 10	en zone 10
• Remboursement au prorata du droit d'inscription en cas d'interruption (suite à une maladie, accident ou décès)	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
• Remboursement au pro rata des frais d'annulation du bail en cas d'interruption (suite à une maladie, accident ou décès)	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
• Frais de séjour et de voyage, jusqu'à pour:	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
- les personnes assurées en cas de décès ou condition médicale critique d'un membre de famille proche dans le Pays d'Origine/Résidence;	OUI	OUI	OUI
- un membre de famille proche en cas d'hospitalisation de l'assuré dans une situation médicalement critique dans le pays du travail/étude.	OUI	OUI	OUI
- une personne en cas d'accompagnement d'un assuré évacué	OUI	OUI	OUI
- frais de séjour en période intermédiaire en cas de transfert vers une autre famille d'accueil (max. 1 fois par année assurée)	OUI	OUI	OUI
Frais de séjour limités par personne par jour, jusqu'à	€ 75	€ 75	€ 75
• Avance de fonds, jusqu'à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Avance de caution pénale, jusqu'à	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Avance de frais d'avocat, jusqu'à	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500

**ASSISTANCE VOYAGE (Voyages privés et d'affaires):**

Cette garantie est valable mondialement.

	LIGHT	STANDARD	GOLD
• Information de voyage au préalable (visa, vaccinations, etc.)	OUI	OUI	OUI
• Service d'adresse pour des hôpitaux/médecins à l'étranger	OUI	OUI	OUI
• Frais de recherche et de sauvetage	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
• Rapatriement en cas d'un incident médical	OUI	OUI	OUI
• Traitement funéraire, et rapatriement de la dépouille	OUI	OUI	OUI
• Frais de cercueil limité à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Accueil et rapatriement des compagnons de voyage	OUI	OUI	OUI
• Rapatriement des bagages	OUI	OUI	OUI
• Chauffeur de remplacement ou rapatriement de la voiture	en zone 10	en zone 10	en zone 10
• Envoi de médicaments/équipement médical	OUI	OUI	OUI
• Transmission de messages urgents	OUI	OUI	OUI
• Assistance en cas de perte/vol/ casse d'une prothèse	OUI	OUI	OUI
• Assistance perte/vol documents de voyage, chèques, cartes bancaires	OUI	OUI	OUI
• Frais de voyage vers ambassade limité à	€ 100	€ 100	€ 100
• Avance de fonds, jusqu'à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
• Avance de caution pénale, jusqu'à	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000
• Avance de frais d'avocat, jusqu'à	€ 2.500	€ 2.500	€ 2.500
• Assistance linguistique	OUI	OUI	OUI
• Frais de séjour et de voyage, jusqu'à	€ 1.250	€ 1.250	€ 1.250
pour:			
- les personnes assurées en cas de décès ou condition médicale critique d'un membre de famille proche dans le Pays d'Origine ou d'un associé de l'assuré;	OUI	OUI	OUI
- un membre de famille proche en cas de condition médicale critique de l'assuré.	OUI	OUI	OUI
- une personne en cas d'accompagnement d'un assuré évacué	OUI	OUI	OUI
- une personne assurée en cas de dommage important d'un bien en propriété dans le Pays d'Origine/Résidence.	OUI	OUI	OUI
- délai de plus de 12 heures, max.	2 nuits	2 nuits	2 nuits
- prolongation de séjour pour cause de maladie/blessure	5 nuits	5 nuits	5 nuits
- prolongation de séjour des autres assurés	5 nuits	5 nuits	5 nuits
• Frais de séjour limités par personne par jour, jusqu'à	€ 75	€ 75	€ 75
• Remboursement au prorata du forfait remonte-pente	€ 125	€ 125	€ 125
→ Période maximale de couverture par voyage (en jours consécutifs)	90	90	90

• **POUR LES POLICES COLLECTIVES UNIQUEMENT:**

**Avantage C3: Business Lifestyle**

Information, organisation et réservation de:

- Moyens de transport	NON	NON	OUI
- Hôtel, restaurant	NON	NON	OUI
- Evènements	NON	NON	OUI
- Envoi de cadeaux d'entreprise	NON	NON	OUI
- Salles de séminaires, matériel audiovisuel, restauration	NON	NON	OUI
- Interprètes, secrétaires	NON	NON	OUI
- Envoi de documents professionnels	NON	NON	OUI

En relation avec des activités professionnelles en dehors du Pays de Résidence.

**OPTIONS:****Option 1 : ASSISTANCE VOYAGE – Bagages:**

Les remboursements n'excéderont pas la limite totale de  
ou les limites spécifiques suivantes par objet, par personne, par incident

- **Uniquement pour les voyages d'affaires:**

- Echantillons commerciaux
- Equipements et instruments professionnels, logiciel inclus

- **Pour tous les voyages:**

- Forfait de remboursement pour les vêtements
- Equipements audiovisuels, ordinateurs, logiciel inclus
- Téléphones mobiles, agendas électroniques
- Appareils photographiques et caméras
- Bijoux, montres
- Matériel sportif (Skis, vélos, planches de surfs, etc.)
- Instruments de musique
- Tentes
- Objets acquis durant le voyage
- Argent
- Documents de voyage
- Achat des vêtements strictement nécessaires et d'effat de toilette:
  - a. dans le cas d'un retard d'au moins une nuit
  - b. dans le cas d'un retard de plus de 48 heures (a. inclus):
- Remboursement du forfait remonte-pente en cas de perte/vol OU  
Location des skis en cas de perte/vol
- *Franchise par incident*
- *Période maximale de couverture par voyage (en jours consécutifs)*
- *Nombre maximum de sinistres par année de couverture*

	<b>LIGHT</b> <b>€ 2.000</b>	<b>STANDARD</b> <b>€ 2.000</b>	<b>GOLD</b> <b>€ 2.000</b>
Echantillons commerciaux	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
Equipements et instruments professionnels, logiciel inclus	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
Forfait de remboursement pour les vêtements	€ 250	€ 250	€ 250
Equipements audiovisuels, ordinateurs, logiciel inclus	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000
Téléphones mobiles, agendas électroniques	€ 250	€ 250	€ 250
Appareils photographiques et caméras	€ 750	€ 750	€ 750
Bijoux, montres	€ 500	€ 500	€ 500
Matériel sportif (Skis, vélos, planches de surfs, etc.)	€ 250	€ 250	€ 250
Instruments de musique	€ 250	€ 250	€ 250
Tentes	€ 250	€ 250	€ 250
Objets acquis durant le voyage	€ 250	€ 250	€ 250
Argent	€ 250	€ 250	€ 250
Documents de voyage	OUI	OUI	OUI
Achat des vêtements strictement nécessaires et d'effat de toilette:			
a. dans le cas d'un retard d'au moins une nuit	€ 150	€ 150	€ 150
b. dans le cas d'un retard de plus de 48 heures (a. inclus):	€ 250	€ 250	€ 250
Remboursement du forfait remonte-pente en cas de perte/vol OU Location des skis en cas de perte/vol	€ 250	€ 250	€ 250
→ <i>Franchise par incident</i>	€ 100	€ 100	€ 100
→ <i>Période maximale de couverture par voyage (en jours consécutifs)</i>	90	90	90
→ <i>Nombre maximum de sinistres par année de couverture</i>	3	3	3

**Option 2 : ASSISTANCE VOYAGE – Annulation / Interruption de voyage:**

Les remboursements n'excéderont pas la limite totale de  
(par personne et par an)

- **Maximum par voyage et par personne**

- *Franchise par incident*
- *Période maximale de couverture par voyage (en jours consécutifs)*

	<b>€ 2.000</b>	<b>€ 2.000</b>	<b>€ 2.000</b>
Maximum par voyage et par personne	<b>€ 1.000</b>	<b>€ 1.000</b>	<b>€ 1.000</b>
→ <i>Franchise par incident</i>	€ 50	€ 50	€ 50
→ <i>Période maximale de couverture par voyage (en jours consécutifs)</i>	90	90	90

## MODULE 3. ACCIDENTS OU MALADIES GRAVES

Cette garantie prévoit le paiement d'une somme unique forfaitaire en cas de décès par maladie grave ou par accident. En cas d'invalidité permanente, la garantie prévoit le paiement d'un pourcentage de la somme unique forfaitaire proportionnellement au degré d'invalidité.

	LIGHT	STANDARD	GOLD
<b>Plafond absolu par personne pour toute la durée du contrat</b>	<b>€ 25.000</b>	<b>€ 50.000</b>	<b>€ 75.000</b>
- Décès par accident			
- Adultes	€ 5.000	€ 10.000	€ 15.000
- Enfants mineurs	€ 2.500	€ 6.250	€ 10.000
- Invalidité permanente suite à un accident	€ 25.000	€ 50.000	€ 75.000
- Maladie grave et incurable	€ 10.000	€ 20.000	€ 30.000

### Événements couverts (couverture 24H)

Pour les employés et les personnes exerçant un travail physique ou travaillant avec des machines, la couverture est limitée aux accidents de la vie privée et aux maladies graves. Pour toutes les autres personnes assurées, la couverture est étendue à tous les accidents.

Les activités dangereuses comme la pratique de la moto (en dessous de l'âge de 25 ans), l'utilisation d'un avion motorisé (autre qu'en tant que passager) ou les sports dangereux sont exclus.

### Acceptation du risque

Les personnes n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans sont assurables. Le contrat d'assurance prend automatiquement fin à la première date de renouvellement du contrat qui suit le 65<sup>ème</sup> anniversaire.

### POUR LES POLICES COLLECTIVES UNIQUEMENT:

**Avantage C4:** Les entreprises peuvent prendre un multiple des sommes uniques mentionnées.

## MODULE 4. REVENU GARANTI

En cas d'incapacité de travail (permanente ou temporaire), la garantie prévoit le paiement à l'assuré de la rente prévue en fonction du degré d'incapacité de travail.

Degré d'incapacité	Rente :	LIGHT	STANDARD	GOLD
- 0-24,99%		0%	0%	0%
- 25-66,99%		25-66,99%	25-66,99%	25-66,99%
- 67-100%		100%	100%	100%

### Événements couverts

Accidents (accidents vie privée seuls pour employés)	OUI	OUI	OUI
Maladies (sauf les maladies professionnelles des employés)	OUI	OUI	OUI
Grossesses compliquées	OUI	OUI	OUI

### Type de rente

Rente constante	OUI	NON	NON
Rente en progression après sinistre	NON	OUI	NON
Rente indexée avant et après sinistre	NON	NON	OUI

### Acceptation du risque

Les personnes en dessous de l'âge de 55 ans sont assurables. L'assurance cesse automatiquement à la première date de renouvellement de contrat qui suit le 60<sup>ème</sup> anniversaire. En cas d'incapacité de travail survenant avant la date d'échéance qui suit l'anniversaire de 60 ans, la Compagnie continuera à payer la rente jusqu'à la fin de la période d'incapacité, mais au plus tard jusqu'au dernier jour du mois au cours du quel l'assuré atteindra l'âge de 65 ans.

### Rente maximale assurable

Jusqu'à un revenu annuel de 30.000 Euro bruts, la Compagnie accepte une rente de 80% du revenu dans lequel est compris le montant garanti par la Sécurité Sociale. La part de revenu annuel excédant 30.000 Euros ne peut être couverte qu'à raison d'un montant de 50% de celui-ci.

### Délai de carence

Un délai de carence plus long peut faire diminuer la prime. L'assuré a le choix entre un délai de carence de 30, 90 ou 180 jours.

# Masterkey<sup>2</sup>Health

## SANTE ET ASSISTANCE A L'ETRANGER

(→ Dictionnaire)

### Dictionnaire

Ce dictionnaire vous aide à comprendre la terminologie utilisée dans le contrat. Vous trouverez le symbole (→...) dans les conditions générales du contrat : il vous indique que vous pouvez vous référer au dictionnaire.

#### 1. Contrat d'assurance

Les conditions générales (comprenant le dictionnaire) ainsi que les conditions particulières (comprenant la Liste des Garanties) représentent le contrat d'assurance souscrit avec la Compagnie et précisent le contenu du contrat d'assurance.

La proposition d'assurance fait également partie intégrante du contrat d'assurance. Ces pièces doivent être lues ensemble pour éviter toute confusion.

Toute forme de texte promotionnel ne fait pas partie du contrat d'assurance.

#### 2. Conditions particulières

Les conditions particulières reprennent les détails du contrat comme le preneur d'assurance, les personnes assurées, l'année d'assurance, les primes, les franchises, la date de prise d'effet de contrat etc... La Liste des Garanties fait partie de ces conditions. A chaque changement de contenu, de nouvelles conditions particulières seront produites.

#### 3. Assureur, Compagnie / nous / nos

Synonymes pour désigner l'assureur comme mentionné dans les conditions particulières.

#### 4. La centrale d'assistance

La centrale d'assistance de la Compagnie.

#### 5. Le preneur d'assurance

La personne (morale ou physique) figurant comme preneur d'assurance dans les conditions particulières.

#### 6. La personne assurée / vous / votre

Le preneur d'assurance et/ou toute personne assurée par le contrat figurant aux conditions particulières.

#### 7. Bénéficiaire

La personne à qui l'indemnité (sur base du contrat d'assurance) est payable.

#### 8. Les membres de la famille

L'épouse ou le/la partenaire, les (beaux) enfants/ (beaux) parents, et autres personnes qui habitent en permanence à la même adresse que la personne assurée.

#### 9. Les membres de la famille proche

L'épouse ou le/la partenaire, les (beaux) enfants/les (beaux) parents, les (beaux-) frères, les (belles-) sœurs, les grands-parents et les petits-enfants.

#### 10. L'enfant mineur

Enfant âgé de moins de 18 ans.

#### 11. La date de prise d'effet

La date figurant aux conditions particulières à laquelle débute le contrat d'assurance ou à laquelle des modifications de garanties ont lieu ou encore à laquelle de nouveaux assurés sont couverts.

#### 12. Date d'échéance

Date à laquelle la prime est due et qui, la plupart du temps, correspond à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat.

#### 13. Les périodes d'attente

Période de temps débutant à la date de prise d'effet et pendant laquelle l'assureur ne couvre pas la garantie.

#### 14. Délai de carence

Période de temps débutant à la date du sinistre et pendant laquelle l'assureur ne couvre pas la garantie.

#### 15. Franchise

Montant de dépense personnelle, figurant aux conditions particulières, qui sera déduit du montant de l'indemnité revenant à l'assuré. Pour les frais de soins de santé, cette franchise sera annuelle tandis que pour les autres frais, la franchise sera appliquée à chaque sinistre.

#### 16. Accident

Un accident est une force externe inattendue et soudaine affectant l'intégrité physique de la personne assurée, causant immédiatement une lésion médicalement décelable.

Les événements suivants sont également assimilés à un accident :

- Empoisonnement aigu causé par une inhalation ou ingestion soudaine et involontaire de gaz, vapeurs, liquides ou substances solides, autre que des médicaments ou allergènes;
- Maladie ou réaction allergique causée en relation directe par une chute involontaire dans l'eau ou toute autre substance, ou après une tentative de sauvetage d'hommes, d'animaux ou de biens;
- L'introduction involontaire et soudaine de substances ou d'objets dans le système digestif, le système respiratoire, les yeux ou les oreilles, causant une lésion interne;
- Foulure, dislocation et rupture des tissus musculaires ou des tendons provoquant des lésions soudaines dont la nature et la situation peuvent être médicalement diagnostiquées;
- Suffocation, noyade, gelure, insolation, coup de chaleur;
- Epuisement, famine, déshydratation, brûlures du soleil, résultant de circonstances imprévisibles;
- Complications et aggravation d'une lésion accidentelle, résultant directement d'une première aide ou du traitement médical nécessité par l'accident.

### **17. Maladie aiguë**

Une situation médicalement temporaire qui est jugée comme curable par traitement.

### **18. Maladie chronique**

Une situation médicalement permanente qui a été jugée comme incurable par traitement.

### **19. Maladie grave**

Les maladies suivantes sont considérées comme maladies graves:  
SIDA – Alzheimer – Sclérose latérale amyotrophique – Anthrax – Brucellose – Cancer – Choléra – Creutzfeldt-Jacob – Fibrose kystique – Maladie de Crohn – Diabète type I et II – Diphtérie – Encéphalites – Maladie de Hodgkin – Insuffisance rénale dialysée – Leucémie – Malaria – Mélanomes malins – Méningites – Mucoviscidose – Sclérose en plaques – Paratyphus – Maladie de Parkinson – Variole – Poliomyélite – Pompe – Dystrophie musculaire progressive – Tétanos – Tuberculose – Typhus – Hépatite virale.

### **20. Situation médicalement critique**

Situation médicale exigeant un transfert immédiat dans un hôpital approprié.

### **21. Médicalement nécessaire**

Les prestations de soins, approvisionnements et/ou traitements qui, à la discrétion du médecin de la personne assurée, praticien généraliste, ou médecin spécialiste, sont appropriés et conformes au diagnostic et qui, compte tenu des standards médicaux acceptés généralement, ne pourraient être évités sans affecter sérieusement la qualité et les conditions de traitement de la personne assurée.

### **22. Invalidité / incapacité permanente**

Réduction partielle ou totale de l'intégrité physique de la personne assurée et qui est considérée par le médecins conseil de la Compagnie comme permanente.

### **23. Incapacité économique**

Réduction de la capacité économique de la personne assurée, causée par une maladie, un accident ou une grossesse compliquée.

### **24. Incapacité physiologique**

Réduction de l'intégrité physique de la personne assurée suite à une maladie, un accident ou une grossesse compliquée.

### **25. Incapacité totale**

Degré d'invalidité supérieur ou égal à 67%.

### **26. Territorialité de la couverture**

Région géographique où la couverture sera accordée en cas de survenance de sinistre dans celle-ci.

### **27. Europe**

- Tous les états membres de l'union européenne (Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grande Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovaquie, Suède et la République tchèque, plus les éventuels nouveaux pays membres) ;
- Tous les états membres d'EFTA (Islande, Liechtenstein, Norvège) ;
- Les états indépendants suivants : Andorre, Monaco, San Marin, Suisse et la Cité du Vatican.

### **28. Amérique du Nord**

Les États-Unis d'Amérique (USA) et le Canada.

### **29. Le Pays de Résidence**

Le pays dans lequel la personne assurée séjourne habituellement.

### **30. Le Pays d'Origine**

Le pays que le preneur d'assurance a déclaré sur la proposition d'assurance et dont il est détenteur d'un passeport et de la nationalité.

### **31. Le Pays d'inscription à la Sécurité Sociale**

Le pays dans lequel les indemnités de Sécurité Sociale de l'assuré sont perçues et dans lequel il bénéficie des droits de Sécurité Sociale.

### **32. Etranger**

Tout pays qui n'est pas le Pays de Résidence d'une personne.

### **33. Mutualité**

Assureur de santé, mutuel ou privé, autorisé à gérer le plan d'assurance maladie invalidité du gouvernement local, souvent appelé « Krankenkasse », « Health Fund » ou « Ziekenfonds ».

Est également considéré comme Mutualité :

- L'assurance santé des fonctionnaires civils de l'Union Européenne,
- L'office belge de la Sécurité Sociale d'outre mer (OSSOM)
- La caisse française de Sécurité Sociale des Français de l'étranger (CFE)

N'est pas considéré comme Mutualité: Les services nationaux de santé (type National Health Service - NHS) qui prestent des soins en nature.

### **34. Hôpital**

Un établissement, agréé légalement comme un hôpital ou une clinique médicale ou chirurgicale.

### **35. Centre de rééducation**

Un centre de rééducation enregistré conformément à la législation des autorités locales à l'exclusion des hôpitaux.

### **36. Praticien généraliste**

Une personne qualifiée d'une manière conforme et agréée légalement pour pratiquer la médecine dans le pays où le traitement est appliqué. Le praticien généraliste doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation.

### **37. Médecin spécialiste**

Une personne qualifiée d'une manière conforme et agréée légalement pour pratiquer la médecine dans le pays où le traitement est appliqué et qui possède un certificat de compétence spécialisée. Le spécialiste doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation.

### **38. Dentiste, spécialiste dentaire**

Une personne qualifiée d'une manière conforme et agréée légalement pour pratiquer la dentisterie dans le pays où le traitement est appliqué. Le dentiste doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation.

### **39. Accoucheur/Accoucheuse**

Une personne qualifiée d'une manière conforme et agréée légalement pour pratiquer l'obstétrique dans le pays où le traitement est appliqué. L'accoucheur/euse doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation.

### **40. Thérapeute**

Une personne qualifiée d'une manière conforme et agréée légalement pour pratiquer la thérapie dans le pays où le traitement est appliqué. Le thérapeute doit exercer dans le cadre de sa licence et de sa formation.

### **41. Hospitalisation**

Traitement médical ou chirurgical dans un hôpital ou une clinique lorsqu'il est médicalement nécessaire d'occuper un lit durant une nuit.

### **42. Hospitalisation de jour**

Traitement médical ou chirurgical dans un hôpital ou une clinique lorsqu'il est médicalement nécessaire d'occuper un lit mais sans y passer la nuit.

### **43. Traitement ambulatoire**

Traitement médical ou chirurgical lorsqu'il n'est médicalement pas nécessaire d'occuper un lit dans un hôpital ou clinique de jour.

### **44. Traitement de médecine alternative**

Traitement hospitalier ou ambulatoire, appliqué par un acupuncteur, un chiropracteur, un homéopathe ou un ostéopathe qualifié d'une manière conforme et agréé légalement, qui pratique dans le cadre de sa licence et de sa formation.

### **45. Traitements dentaires spécifiques**

Traitement appliqué par un dentiste qualifié, légalement agréé et spécialisé, qui pratique dans le cadre de sa licence et de sa formation, pour :

- Les bridges
- Les couronnes
- La parodontose
- L'orthodontie (ajustement de la dent)
- Les dentiers
- Les implants

### **46. Soins à domicile**

Prestations médicales appliquées par un(e) infirmier(e) breveté(e) au domicile de la personne assurée, prescrites par un médecin traitant et immédiatement consécutives à un traitement de jour ou à une hospitalisation.

### **47. Troubles psychiatriques**

Psychoses, névroses, états temporaires d'inadaptation, et tous autres maux ou difficultés traités habituellement par les psychiatres.

### **48. Médicaments prescrits**

Médicaments dont la vente et l'usage sont légalement autorisés sous la seule prescription d'un médecin, d'un praticien généraliste, d'un médecin spécialiste ou d'un(e) accoucheur/euse.

Ne seront pas pris en compte par exemple :

- Les produits de nutrition et fortifiants;
- Les produits amaigrissants;
- Les tonifiants, les vins médicinaux, les produits d'huile de foie de morue;
- Les produits vitaminés;
- Les laxatifs;
- Les cosmétiques.

### **49. Frais pour le transport des patients**

Les frais de transport médicalement nécessaire et urgent du patient par ambulance, jusqu'à et de l'hôpital.

Les frais de transport urgent de l'assuré par hélicoptère depuis le lieu du sinistre jusqu'à l'hôpital le plus proche ou le plus approprié. Ce transport doit être lié au traitement médical pour lequel la Compagnie interviendra en tout ou en partie.

Si la personne assurée n'est pas dans une situation médicale critique, le droit à un remboursement de transports répétés par ambulance ne sera pris en compte que si la Compagnie a donné son accord préalable.

### **50. Frais d'évacuation / de rapatriement**

- Les dépenses de transport pour nécessité médicale vers une autre région ou un autre pays où la personne assurée doit recevoir un traitement médical approprié ;
- Les frais de transport vers le Pays d'Origine de la dépouille et de formalités obligatoires comme l'embaumement et le cercueil. Les frais de crémation ou d'enterrement dans le Pays d'Origine ou le Pays de Résidence ne sont pas assurés.
- Les frais de tout autre retour d'urgence dans le Pays d'Origine ou dans le Pays de Résidence.

### **51. Véhicule**

Le véhicule de type deux-roues, le véhicule affecté à usage de tourisme ou d'affaires ou à usage mixte, le véhicule de type tout terrain, motor-home, camionnette dont la masse maximale autorisée (M.M.A.) ne dépasse pas 3,5 Tonnes. Lorsqu'il sont tractés par le véhicule désigné : la remorque, la caravane, dont la M.M.A. ne dépasse pas 3,5 Tonnes ou dont la longueur ne dépasse pas 6 mètres.

### **52. Les frais de séjour**

Les frais de chambre et petit déjeuner à l'hôtel ou en maison d'hébergement.

### **53. Bagage**

Les biens et effets personnels appartenant à la personne assurée ou loués par cette dernière et accompagnant la personne assurée durant son séjour.

### **54. Argent**

Liquide, billets de banque, chèques, chèques de voyage, bons de vacances et de crédit et coupons de taxe d'aéroport.

### **55. Documents de voyage**

Passeports, permis de conduire, passeports touristiques, tickets ou autres documents de voyage pour lesquels des duplicatas ne peuvent être émis.

### **56. Rente constante**

Une rente constante est une rente qui ne change pas durant la durée du contrat.

### **57. Rente croissante après incident**

Une rente croissante après incident est une rente qui, seulement durant le droit à la garantie, est croissante de deux pour cent de la rente initiale figurant aux conditions particulières, et ce à chaque anniversaire de la date de début du versement de la garantie.

### **58. Rente indexée**

Une rente est indexée lorsque la rente figurant aux conditions particulières croît de 2% de la rente de la précédente année d'assurance. Cela veut dire également que la prime pour cette rente croît également de 2% par an.

**59. Résident**

Un résident est une personne qui séjourne de façon permanente dans un pays déterminé.

**60. Etudiant(e) /stagiaire international(e)**

Un(e) étudiant(e) international(e) est une personne qui étudie dans un autre pays que celui dans lequel elle réside habituellement.

Un(e) stagiaire international(e) est une personne qui fait son stage dans un autre pays que celui dans lequel elle réside habituellement.

**61. Travailleur au pair**

Un travailleur au pair est une personne qui, intégrée dans une famille d'accueil, en échange du logement et de la nourriture et dans le cadre d'une législation fixée, y exerce des activités domestiques légères (entre autre la garde des enfants).

En général, le travailleur au pair étudie à cette occasion la langue de sa famille d'accueil.

**62. Navetteur international**

Un navetteur international est une personne qui travaille dans un autre pays que celui où il réside, et qui ainsi fait régulièrement la navette (quotidienne, hebdomadaire) entre ces deux pays.

**63. Expatrié / Expat / Inpat**

Un expatrié est une personne qui habite temporairement dans un autre pays que dans son Pays d'Origine et qui y travaille éventuellement.

**64. Immigrant / Emigrant**

Un immigrant ou émigrant est une personne qui, sur base définitive, habite et, travaille éventuellement dans un autre pays que dans son Pays d'Origine.

Du fait du caractère définitif, ils sont considérés comme des résidents.

## Conditions générales communes à tous les modules

### Article 1. Assureur (→3)

IPA  
Inter Partner Assistance SA (membre du groupe AXA)  
Avenue Louise, 166 Bte 1  
1050 Bruxelles  
BELGIQUE  
Agrée pour la branche Accidents (01), Maladie (02) et  
Assistance (18)  
Agrément n° 0487

### Article 2. Contenu du contrat d'assurance (→1)

#### 2.1. Modules et Options

Les modules « Soins de Santé » et « Assistance » forment la base obligatoire de ce contrat. Le contrat peut être étendu à d'autres modules tel que Accident et Maladies Graves et/ ou Revenu Garanti .

Les deux modules de base ont également une garantie de base avec possibilité d'extensions optionnelles. Les options ne peuvent être souscrites qu'après avoir souscrit la garantie de base obligatoire.

#### 2.2. Etendue de la couverture

Le contrat d'assurance (→1) accordera couverture aux personnes mentionnées aux conditions particulières (→2), et dans les limites décrites dans la Liste des Garanties.

#### 2.3. Territorialité de la couverture (→ 26)

Le contrat d'assurance (→1) accordera couverture dans le Pays de Résidence (→ 29) tel que mentionné dans les conditions particulières (→2). La couverture sera étendue durant les voyages dans les pays autres que le Pays de Résidence, mais uniquement dans la zone de couverture choisie :

10: Europe (→27)

12: Europe + 90 jours/an Mondial (Amérique du Nord exclu)

13: Europe + 90 jours/an Mondial (Amérique du Nord inclus)

20 : Mondial (Amérique du Nord exclu)

23 : Mondial (Amérique du Nord exclu) + 90 jours/an Mondial (Amérique du Nord inclus)

30 : Mondial (Amérique du Nord inclus) (→28)

Si le Pays de Résidence n'est pas le Pays d'inscription à la Sécurité Sociale (→31), ce qui peut arriver (par exemple avec des navetteurs (→62) internationaux), la couverture sera étendue pour les Soins de Santé aux deux pays pour les personnes assurées (→6) qui ont droit aux indemnités sociales dans les deux pays.

Si l'assuré prévoit un séjour (temporaire) à l'étranger (→32) qui dépasse 90 jours consécutifs, la personne assurée doit en informer immédiatement la Compagnie.

#### 2.4. Franchises (→ 15)

Les franchises mentionnées dans les conditions particulières (→2), seront d'application par sinistre. Toutefois pour l'assurance Soins de Santé, elles seront appliquées par année d'assurance et par personne assurée (→6).

Dans le cas d'une suspension ou d'une fin de couverture, aucune réduction ou décompte au prorata ne sera appliquée aux franchises qui ont déjà été prises en considération.

### Article 3. Durée et fin du contrat

#### 3.1. Durée du contrat

Le contrat sera effectif depuis la date de prise d'effet (→11), mentionnée dans les conditions particulières (mais au plus tôt à partir du jour où la prime est payée) pour une période minimale d'un an et sera renouvelable automatiquement pour des périodes successives d'un an.

#### 3.2. Fin du contrat

La police peut être résiliée comme suit:

##### 3.2.1. Par le preneur d'assurance (→5) :

Par lettre recommandée de résiliation de la part du preneur d'assurance:

- à la date d'échéance (→12), moyennant préavis de minimum trois mois;
- suite à un sinistre, dans les trente jours après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité ;
- suite à une augmentation tarifaire ou une modification des conditions :
  - Si le preneur d'assurance est averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait, le contrat prend fin à cette échéance.
  - Si le preneur d'assurance est averti de la modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de l'envoi de la notification de modification. De ce fait, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification, de la date du récépissé ou dans le cas d'une lettre recommandée du dépôt à la poste de cette lettre recommandée, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle.

En cas de décès du preneur d'assurance, les éventuels autres assurés peuvent résilier le contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée dans les trente jours suivant le décès.

##### 3.2.2. Par la Compagnie (→3) :

Sauf stipulation contraire des conditions générales des différents modules et options, par lettre de résiliation de la part de la Compagnie:

- Si dans le cadre d'une déclaration d'un sinistre, la personne assurée (→6) a intentionnellement donné une mauvaise présentation des faits ou a omis de notifier d'importantes informations à la Compagnie qui si, elle les avait connues, n'aurait en aucun cas assuré le risque. Dans ce cas, le contrat prendra fin à la date mentionnée dans la lettre de résiliation. La Compagnie observera un préavis d'au moins trente jours.
- Dans le cas d'un non-paiement de la prime et en respectant la procédure précisée à l'article 5.2.

## Article 4. Modifications du contrat (→1)

Le preneur d'assurance (→5) peut demander à la Compagnie de modifier les conditions particulières (→2) du contrat. Si cette modification entraîne une augmentation du risque couvert, elle est soumise aux conditions en vigueur concernant son acceptation au moment de cette modification.

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

## Article 5. Paiement de la prime

### 5.1. Paiement de prime en général

Les primes sont déterminées et établies par la Compagnie et seront payables, sauf mention contraire, par anticipation, montants des taxes et retenues locales à payer en sus.

La première prime échoit à la date de prise d'effet (→11) mentionnée dans les conditions particulières (→2).

Le preneur d'assurance (→5) peut choisir entre un paiement trimestriel ou annuel. Les primes trimestrielles équivalent à 26% des primes annuelles.

Les primes sont payables dans les trente jours qui suivent la date d'échéance (→12).

Le paiement des primes est possible par transfert bancaire, chèque, carte de crédit ou en liquide.

La Compagnie se réserve le droit d'ajuster ses primes une fois par an à la date d'échéance sur base des :

- changements dans les couvertures ;
- dépenses exceptionnelles survenues durant la précédente année calendrier (par exemple hausse des coûts médicaux) ;
- en cas de modification substantielle de la législation en matière de Sécurité Sociale ;
- en cas d'instauration ou modification d'une réglementation ayant un impact sur le présent contrat.

Cet ajustement sera en proportion de la modification de la législation en cause et de ses répercussions financières pour la Compagnie, les conditions de l'assurance, et après en avoir avisé préalablement le preneur d'assurance.

Les dépenses pour frais médicaux sont liées à l'âge. Les primes seront donc réajustées à la première date d'échéance qui suit les anniversaires suivants de l'assuré (→6): 20, 30, 40, 50, 60, 70.

### 5.2. Non-paiement ou paiement tardif

Le preneur d'assurance (→5) est responsable du paiement régulier de la prime à la Compagnie d'assurance (→3). Dans le cas où la prime due n'est pas payée à la date d'échéance (→12), la Compagnie enverra un rappel par lettre recommandée. Si la prime n'est pas payée après une période de 15 (quinze) jours suivant l'envoi de la lettre recommandée, celle-ci a le droit de suspendre ou de résilier le contrat. Toute suspension ou résiliation du contrat pour non-paiement n'ont d'effet qu'à l'expiration du délai susdit.

Le preneur d'assurance reste responsable pour toute prime due en principal, intérêts et frais. La couverture reprendra vigueur le jour qui suit la réception et l'acceptation par la Compagnie des sommes dues, moyennant le respect des clauses spéciales éventuelles mentionnées dans les conditions générales et particulières. Aucun remboursement n'aura lieu pour un dommage survenu pendant la période de suspension du contrat.

## Article 6. Exclusions Générales

La Compagnie ne couvrira pas les dommages et frais causés par ou étant la résultante de :

### 6.1. Risque de guerre / terrorisme

Un engagement actif direct ou indirect dans une guerre (civile), une invasion, émeute, grève, acte d'ennemis étrangers, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, révolution, insurrection, terrorisme, puissance militaire ou tout autre acte illégal.

### 6.2. Acte criminel

Commettre tout acte criminel en tant qu'auteur, coauteur ou complice, en tant que personne assurée (→6) ou en tant que bénéficiaire (→7) des garanties du contrat souscrit.

### 6.3. Armes

La possession et/ou l'utilisation active d'armes, en tant que personne assurée (→6) ou en tant que bénéficiaire (→7) des garanties du contrat souscrit.

### 6.4. Réactions nucléaires

- Les accidents nucléaires tels que décrits dans la convention de Paris du 29 juillet 1960.
- Les radiations ionisantes ou la contamination aux radio-isotopes.

Exception sera faite dans le cas où les réactions nucléaires entrent dans le cadre d'un traitement médical de l'assuré (→6).

### 6.5. Alcool / drogue

L'usage d'alcool, de substances toxiques, de drogues ou de médicaments (sauf si les médicaments sont prescrits et utilisés conformément à la prescription).

### 6.6. Sports

- La pratique des sports comme professionnel (même complémentaire).
- La pratique des sports dangereux suivants :
  - La préparation ou la participation à des courses de vitesse avec véhicules à moteur ou autres véhicules, bateaux motorisés ou bicyclettes ;
  - Vol en amateur, vol en deltaplane, parachutisme ;
  - Le rafting, la plongée sous-marine ;
  - Les compétitions équestres ;
  - Les sports de combat et de self-défense ;
  - Le rugby ;
  - Les randonnées sur glacier sans guide, l'alpinisme ;
  - Le saut à ski, le ski alpinisme, le ski bob ;
  - Le ski nautique, la voile sur glace, le bobsleigh, le toboggan, le skeleton, le swing bo.

### 6.7. Autres exclusions

- Fait intentionnel ou avec le consentement de l'assuré (→6) ou du bénéficiaire (→7) des garanties du contrat souscrit.
- Suicide ou tentative de suicide ;
- Acte particulièrement téméraire ou négligeant ;
- Participation active à des concours ou aventures risquées par lesquels la personne assurée met en danger son propre corps ou sa vie.

## Article 7. Sinistres

### 7.1. Déclaration de sinistre

Le sinistre doit être signalé le plus tôt possible à la Compagnie. Une déclaration de sinistre doit être complétée conformément aux instructions données et retournée, accompagnée des originaux des factures détaillées, ainsi que de tout autre document justificatif.

Aucun remboursement ne sera effectué si la déclaration n'est faite dans les trois ans de la date du sinistre.

### 7.2. Intervention complémentaire

Dans le cas où le dommage ou les frais couverts par le contrat sont également couverts par un ou des autres contrats ou par un ensemble de couvertures organisées par la Sécurité Sociale, la couverture du présent contrat ne sera appelée que pour compléter les indemnités, mais en respectant toutefois les limites mentionnées dans notre Liste de Garanties.

### 7.3. Subrogation

Pour tous les remboursements provenant de ce contrat, la Compagnie est subrogée dans tous les droits et actions de l'assuré (→6) pour récupérer les sommes chez toute tierce personne ou organisation.

L'assuré sera tenu d'apporter toute sa collaboration pour préserver les droits de la Compagnie.

### 7.4. Contestation et Expertise

Un éventuel désaccord de la part du preneur d'assurance (→5) et/ou de l'assuré (→6) sur un sujet médical doit être signifié à la Compagnie dans les 15 jours de la notification de sa décision.

La contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale, composée de 2 médecins-experts, désignés l'un par le preneur d'assurance et/ou l'assuré et l'autre par la Compagnie. Faute d'arriver à un accord, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

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

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

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

## Article 8. Cours de change

Les primes doivent être payées dans la monnaie stipulée dans les conditions particulières (→2). Tous les frais de change sont à charge du preneur d'assurance (→5)

Tout remboursement est effectué à l'assuré (→6), soit dans la monnaie prévue dans les conditions particulières, soit dans celle du choix de l'assuré. La date de conversion de taux sera la date de réception de la facture à la Compagnie. Dans ce dernier cas, la différence éventuelle de taux entre la date de réception et son règlement est à la charge de la Compagnie.

Le taux utilisé sera le taux interbancaire officiel.

## Article 9. Obligations de la personne assurée

La personne assurée (→6) a les obligations suivantes :

1. déclarer le sinistre dans les 30 jours ou aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire à la Compagnie.
2. aider la Compagnie en lui transmettant au plus vite tous les documents et particularités relatifs à l'événement.
3. informer la Compagnie de tous les nouveaux faits et développements affairant au sinistre.
4. prendre toutes les mesures raisonnables pour minimiser le dommage et ses conséquences pour la Compagnie.
5. collaborer pleinement à la gestion du sinistre et prendre toutes les actions possibles pour protéger les intérêts de la Compagnie.

Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues ci-dessus et qu'il en résulte un préjudice pour la Compagnie, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de son indemnité à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

La personne assurée perd tous ses droits aux remboursements si en fonction des circonstances dans lesquelles l'événement s'est produit ou en fonction des différentes données du sinistre, il /elle :

- a donné intentionnellement une fausse représentation des faits ou a fait une fausse déclaration ;
- a omis intentionnellement de fournir des informations, dont il avait connaissance – ou aurait pu avoir connaissance – et qui seraient de grande importance pour la Compagnie.

## Article 10. Communications

Les communications de la Compagnie (→3) au preneur d'assurance (→5) seront régulièrement effectuées à la dernière adresse connue par la Compagnie.

Le preneur d'assurance est dans l'obligation d'avertir la Compagnie de tout changement de dénomination ou d'adresse reprises dans les conditions particulières (→2), de couvertures existantes auprès d'autres institutions et de tout changement d'activités professionnelles des assurés. La Compagnie doit également être avertie en cas de décès d'un preneur d'assurance ou d'un des assurés. La Compagnie ne peut être tenue responsable des conséquences suite à un oubli intentionnel ou non du preneur d'assurance ou de l'assuré (→6) d'avoir transmis ce type d'informations.

Toutes communications à la Compagnie, déclarations de sinistre, correspondance, diagnostics de médecins, factures, etc... devront être rédigés dans une des langues suivantes: l'Allemand, l'Anglais, l'Espagnol, le Français ou le Néerlandais.

Toutes communications de la Compagnie seront faites dans la langue du contrat.

## Article 11. Législation en vigueur, conflits

Ce contrat est régi par la loi belge, plus précisément la loi sur le contrat d'assurance terrestre belge du 25 juin 1992.

Tout litige relatif à l'interprétation et/ou à l'exécution du présent contrat sera exclusivement tranché par les tribunaux belges.

## **Article 12. Loi concernant la protection de la Vie privée**

Toutes les données (médicales) du preneur d'assurance (→5), des personnes assurées (→6) et des bénéficiaires (→7) qui ont été, ou qui seront communiquées à la Compagnie peuvent être enregistrées dans les archives de la Compagnie. Ceci dans le but de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats, du règlement des sinistres, du paiement des primes, et du service à la clientèle en général. Afin de pouvoir offrir un service optimal nous pouvons transmettre ces données aux prestataires de service agissant pour la Compagnie. Toute information sera traitée avec la plus grande discrétion.

Les personnes concernées marquent leur accord explicite pour l'enregistrement de ces données dans le cadre de ce contrat. Cet enregistrement est régi par la loi du 8 décembre 1992 concernant la protection de la vie privée. Toutes les personnes engagées ont le droit d'accès à ces informations et ont le droit de les corriger.

# Masterkey<sup>2</sup>Health

## SANTE ET ASSISTANCE A L'ETRANGER

### Conditions générales propres au module 1: Soins de Santé

#### Article 13. Types de plans, possibilités et conséquences

##### 13.1. Full Cover Plan (Plan intégral)

Ce plan prévoit une couverture complète comme prévue dans la Liste des Garanties.  
La personne assurée (→6) a la liberté de choix du praticien (→36), du spécialiste (→37) et de l'hôpital (→34).

3 versions de plans « intégral » vous sont offertes: Light, Standard, Gold. La version du plan qui s'applique à vos besoins est mentionnée dans les conditions particulières (→2), du contrat.

##### 13.2. Top-Up Plan (Plan supplétif)

Les personnes bénéficiant d'un plan soins de santé obligatoire de leur Mutualité (→33) peuvent choisir un plan supplétif. Ce plan peut être souscrit complémentaires à tous les plans obligatoires des Mutualités de l'UE. De plus, il peut être souscrit complémentaires :

- au plan de soins de santé des fonctionnaires de l'UE ;
- au plan de Sécurité Sociale d'outre-mer belges (OSSOM)
- au plan de Sécurité Sociale des français à l'étranger (CFE).

Ce plan supplétif vient en complément de la couverture de soins de santé Mutuelle de la personne assurée (→6). Ceci signifie que le plan de soins de santé Mutuelle et le plan supplétif forment **ensemble** une couverture intégrale comme mentionné dans les conditions particulières (→2), du contrat.

Pour ce type de plan, 3 versions sont également possibles : Light, Standard, Gold. La version du plan qui s'applique à vos besoins est mentionnée dans la Liste des Garanties.

Les personnes assurées conservent le libre choix du praticien (→36), du spécialiste (→37) et de l'hôpital (→34). Toutefois, si la mutualité locale applique certaines règles quant au choix ou si elle travaille exclusivement avec certains médecins ou hôpitaux, l'assuré est prié de se conformer à ces règles. A défaut, la Compagnie n'indemniserait l'assuré qu'à concurrence du montant qu'elle aurait dû verser si l'assuré s'était conformé aux choix de sa mutualité.

Pour déterminer le montant du remboursement, la Compagnie a besoin d'une attestation de la Mutualité précisant la part de son intervention.

La personne assurée informera toujours la Compagnie, des changements intervenus à son statut social ou sa couverture par la Mutualité.

##### 13.3. Sleeper Plan (Plan d'attente)

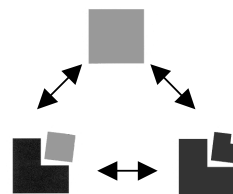
Les personnes assurées (→6) bénéficiant d'un plan collectif soins de santé obligatoire de leur employeur, peuvent choisir un plan d'attente.

Dans ce plan, la garantie est réduite aux prestations d'assistance de base telles que définies au module 2.

Dans ce plan, l'assuré ne paie qu'une partie de prime permettant de conserver ses garanties existantes et préserve ses droits pour le futur (acceptation du risque et périodes d'attente (→13)).

Durant la période de suspension des garanties, aucun remboursement ne sera fait par la Compagnie d'assurance.

L'assuré s'engage à prévenir la Compagnie, au plus tard 30 jours après le retrait du plan de son employeur (par exemple, départ à la retraite). De cette façon il est dispensé des formalités médicales de souscription et des périodes d'attente.



##### 13.4. Changement d'un plan vers un autre plan

Le changement vers le plan intégral est toujours possible, sauf dans les pays où ce plan est interdit pour les personnes qui bénéficient de la couverture de la Mutualité (→33) obligatoire (par exemple, la France).

Dans tous les autres cas de changement d'un plan vers un autre, la Compagnie exigera une preuve, sous forme d'attestation de la Mutualité ou de l'institut de Sécurité Sociale (E-Formulaire) ou de copie de la police d'assurance de l'employeur, précisant les détails des garanties.

Dans le cas d'un changement d'un plan vers un autre, la prime sera adaptée en conséquence.

L'assuré doit prévenir la Compagnie par écrit endéans les 30 jours de toute modification de son statut social, sa couverture de Mutualité, ou de la police d'assurance de son employeur. Voir à ce sujet art. 9 et 10 des conditions générales.

##### 13.5. Propriété intellectuelle du concept

Le concept d'adaptation du contrat à la situation de l'assuré, appelé « Concept Caméléon » a été développé et élaboré par Expat & Co bvba - Lange Haagstraat 72 - B 1700 Dilbeek -Belgique, et a été enregistré comme modèle au B.B.D.M (i-dépôt) N°3193/2005.

## Article 14. Acceptation du risque

Sont admis à la souscription du contrat les personnes qui :

- sont en bonne santé et valides au moment de la prise d'effet(→11) et
- sont âgés de moins de 70 ans.

## Article 15. Garantie de base : Plan d'hospitalisation

Le plan d'hospitalisation doit être souscrit avant que toute autre option puisse être ajoutée.

L'assureur (→3) couvre les dépenses médicales de la personne assurée (→6) conformément au type de plan choisi, à sa version, et aux taux de remboursement applicables.

Ceux-ci sont mentionnés à la Liste des Garanties.

### 15.1. Dépenses d'hospitalisation (→41)

Remboursement de tous frais médicalement nécessaires (→21), logement, honoraires de médecins, médicaments, prothèses et soins infirmiers appliqués à une personne assurée (→6) occupant un lit d'hôpital (→34).

Les coûts supplémentaires d'une chambre privée ne sont pas couverts dans la version du plan « LIGHT », sauf :

- Lorsque cette chambre est médicalement nécessaire ;
- En cas de soins intensifs.

Ces exceptions doivent être attestées par le spécialiste (→37) pratiquant.

Les soins palliatifs sont limités au nombre de jours figurant à la Liste des Garanties. Les soins palliatifs et les coûts mortuaires ne sont remboursés que s'ils figurent sur la facture de l'hôpital.

### 15.2. Transplantations de moelle épinière, de tissus et d'organes

Les frais médicalement nécessaires (→21) à l'hospitalisation (→41), ainsi que les frais pré- et post-hospitalisation du donneur seront entièrement remboursés sur base de la version du plan choisi par le receveur.

En aucun cas, les montants de remboursements cumulés du donneur et du receveur ne pourront dépasser les limites prévus dans la Liste des Garanties.

### 15.3. Grossesse et accouchement

Les soins de maternité incluent les frais d'un accouchement normal, des complications de grossesse, des frais d'accouchement à domicile, du traitement pré et post natal appliqué par un médecin et/ou un(e) accoucheur/euse (→39).

Les exercices et gymnastique pré- et post natales ne sont pas couverts.

Les frais de grossesse et d'accouchement ne seront remboursés que dans les limites prévues et à la condition que la date d'accouchement soit postérieure à la période d'attente (→13) de la mère assurée (10,12 ou 24 mois).

Une césarienne volontaire ne sera remboursée qu'à concurrence du coût d'un accouchement ordinaire.

Les garanties du plan hospitalisation seront également applicables pour le nouveau-né depuis sa naissance, sans tenir compte d'éventuelles anomalies ou affections congénitales, aux conditions suivantes:

- une demande de couverture de l'enfant a été introduite dans les 30 jours qui suivent la naissance;
- tous les autres enfants, habitant à la même adresse que les parents, sont déjà assurés par les garanties du plan;
- la date de l'accouchement dépasse les délais d'attente (→13) applicables pour la mère assurée (→6).

Les exclusions prévues à la première phrase de l'article 19.1. ne seront pas d'application dans ce cas.

Les frais pour un (1) enregistrement polysomnographique (test de la mort subite) dans les six premiers mois après la naissance seront également remboursés.

### 15.4. Pré- et post hospitalisation

- Les traitements, tant hospitaliers qu'en dehors de l'hôpital, prescrits avant et après l'admission, qui sont en relation directe avec la cause de l'hospitalisation (→41), sont remboursés intégralement dans le cadre des périodes figurant dans la Liste des Garanties.
- Les médicaments (→48) qui sont en relation directe avec la cause de l'hospitalisation sont également remboursés s'ils sont prescrits durant les périodes figurant dans la Liste des Garanties.
- La physiothérapie qui suit un traitement hospitalier pour autant qu'elle soit prescrite par le spécialiste (→37) traitant est couverte. Les exercices et gymnastiques pré- et postnatales, la thérapie manuelle, les massages sportifs, et la thérapie d'occupation ne sont pas remboursés.

### 15.5. Soins à domicile (→46)

Les soins à domicile sont également remboursables, dans les limites prévues et aux conditions suivantes:

- Les soins à domicile pour autant qu'ils suivent immédiatement le traitement hospitalier et qu'ils soient requis pour remplacer les soins hospitaliers ;
- Les soins à domicile pour autant qu'ils soient prescrits par le médecin traitant hospitalier et qu'ils soient effectués par un(e) infirmier(e) agréé(e).

### 15.6. Rééducation physique

Le traitement dans un centre de rééducation (→35) qui suit immédiatement un traitement hospitalier, est remboursable dans les limites prévues.

### 15.7. Traitement psychiatrique (→47)

Le traitement hospitalier pour affections psychiatriques dans un hôpital (→34) ouvert est remboursable dans les limites prévues.

### 15.8. Traitement dentaire d'urgence

Dans les limites prévues, les frais de traitement dentaire urgents nécessaires et raisonnables, portés en compte par un dentiste agréé (→38), sont remboursés lorsque le traitement dentaire est nécessaire à la reconstruction d'une denture saine et naturelle endommagée lors d'un accident (→16). L'éventuelle odontostomatologie sera remboursée comme toute autre intervention chirurgicale.

### 15.9. Chambre et logement pour un parent accompagnant un enfant mineur

Les frais de séjour (→52) d'un (1) parent qui accompagne un enfant mineur (→10) à l'hôpital (→34) seront remboursés à 100% pendant un maximum de 30 jours.

Lorsque le parent ne peut être logé à l'hôpital et que l'hôpital est éloigné de plus de 75 km ou 1 heure de route de conduite de la Résidence du parent accompagnant, la Compagnie peut intervenir dans le logement dans un hôtel dans le voisinage immédiat de l'hôpital et dans les limites prévues dans la Liste des Garanties.

#### 15.10. A l'étranger (→32)

Durant le séjour en dehors du Pays de Résidence (→ 29) ou en dehors du Pays d'inscription à la Sécurité Sociale (→31), les frais médicaux ne seront remboursés que dans le cas d'un **accident** (→16), d'une **poussée aiguë d'une maladie chronique** (→18) ou d'une **maladie aiguë** (→17) apparus pendant le séjour, et si ceux-ci sont nécessaires et urgents.

Aucun frais ne sera remboursé dans le cas d'une admission planifiée dans un hôpital (→34) à l'étranger sans l'autorisation préalable de la Compagnie ou éventuellement de la Mutualité (→33) dans le cas d'un plan supplétif (Top-Up).

Il n'y aura pas de couverture en dehors de la zone géographique choisie (→ 26).

#### 15.11. Check-up préventifs et vaccinations

Une fois par année d'assurance, chaque personne assurée (→6) peut passer, un check-up général pour des raisons préventives chez un médecin généraliste (→36).

De plus, chaque assuré féminin majeur peut passer chez un spécialiste (→37), à charge de la Compagnie, un test du cancer du sein et de l'utérus, de même les hommes de plus de 45 ans peuvent passer un test de la prostate, dans les limites prévues.

Toutes les vaccinations nécessaires seront remboursées, dans les limites prévues.

#### 15.12. Transport du patient

Le transport routier par ambulance en cas d'urgence et si médicalement nécessaire (→ 21) sera remboursé suivant les limites prévues, après un accident (→16), lors d'une maladie aiguë (→17), dans le cas d'une poussée aiguë d'une maladie chronique (→18), ou lors d'accouchement, de même par prescription médicale d'un hôpital (→34) vers un autre hôpital.

Les frais de transport (→38) par taxi, voiture ou train seront également remboursés en cas d'urgence.

Les frais de transport urgents et médicalement nécessaires par hélicoptère du lieu de l'incident vers l'hôpital.

Pour tout autre moyen de transport, la centrale d'assistance (→4) doit donner son **autorisation au préalable**.

#### 15.13. Forfait hospitalier

Lorsque les frais de traitement médicaux en hospitalisation (→41) sont totalement gratuits pour l'assureur (frais de logement, honoraires médicaux, frais infirmiers, médicaments, prothèses et adjuvants médicaux), la personne assurée (→6) recevra un forfait par nuit passée à l'hôpital (→34) dans les limites prévues dans la Liste des Garanties. Cette situation peut survenir dans certains pays où les traitements sont remboursés à 100%.

Pour bénéficier de ce forfait journalier, le patient devra fournir à la Compagnie une attestation ou toute autre preuve émanant de l'établissement de santé (adresse de l'hôpital, nom du médecin traitant, période et raison du séjour).

#### 15.14. Les maladies graves (→19)

Cette garantie couvre totalement les traitements médicalement nécessaires (→21) réalisés en hôpital (→41), en hôpital de jour (→42) et en soins ambulatoires (→43). Les médicaments prescrits (→48) dans ce cadre sont également remboursés. La liste des maladies couvertes est reprise dans la Liste des Garanties et le dictionnaire.

Le diagnostic de la maladie doit être confirmé par examen biologique ou anatomo-pathologique, par imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu, et sera soumis à l'approbation définitive du médecin conseil de la Compagnie.

### Article 16. Options

Les options couvrent les frais médicaux encourus par l'assuré dans les limites du plan et version choisis et aux taux de remboursement prévus dans la Liste des Garanties.

#### 16.1. Option 1 : Traitement facultatif dans le Pays d'Origine (→30)

Si le contrat a été étendu à l'option 1, les dispositions suivantes seront d'application :

L'option 1 ne peut être souscrite qu'en complément du plan de base d'hospitalisation.

Une personne assurée peut opter pour un traitement dans son Pays d'Origine pour des opérations importantes et/ou critiques dans les limites prévues et à condition que :

- la Compagnie ait donné son accord préalable ;
- les dépenses totales du traitement n'excèdent pas les limites mentionnées à la Liste des Garanties du plan d'hospitalisation de base ;
- les limites de l'option 1 « Traitement facultatif dans le Pays d'Origine » sont les remboursements maxima au-delà des dépenses normales que la Compagnie aurait indemnisées si le traitement s'était réalisé dans le Pays de Résidence (→29) et/ou dans le Pays d'inscription à la Sécurité Sociale (→31).

Aucun frais de transport (→49) ne sera payé, si ce n'est dans la version « gold » où les frais de transport seront remboursés à raison de 50% en classe économique. Les frais de logement (→52) ne seront pas remboursés, excepté les frais de logement hospitaliers et les frais d'accompagnement des enfants mineurs (→10), suivant les limites mentionnées à la Liste des Garanties du plan d'hospitalisation de base.

#### 16.2. Option 2: Soins ambulatoires (→43)

Si le contrat a été étendu à l'option 2, les conditions suivantes seront d'application :

L'option 2 ne peut être souscrite qu'en complément au plan de base d'hospitalisation.

Les dépenses qui suivent seront remboursées dans les limites prévues :

- Les honoraires du médecin généraliste (→36) ou du spécialiste (→37) pour les consultations et visites nécessaires pour un traitement médical, pour des examens et pour de petites interventions chirurgicales ne demandant pas l'occupation d'un lit d'hôpital (→34);
- Les dépenses pour les tests de laboratoire, l'imagerie médicale, l'électrophysiologie (ECG, EEG, EMG), IRM et la médecine nucléaire utilisés dans le cadre du diagnostic ou de traitement de problèmes médicaux;

- Guidance prescrite, pour diététique, logopédie, consultations sur le stress, et ce sous la supervision du médecin (→36) traitant ou du spécialiste (→37);
- Les honoraires de physiothérapie. Les frais remboursables ne contiennent toutefois pas la thérapie manuelle, les massages sportifs et la thérapie d'occupation;
- Les exercices pré- et post-nataux, dans les limites prévues, après la période d'attente (→13) en matière de grossesses ;
- Les soins psychiatriques (→47) ambulatoires (→43) et la psychothérapie;
- Les médicaments prescrits (→48) ;
- Pour les honoraires d'acupuncture, de chiropractie, d'homéopathie ou d'ostéopathie (→44) ;
- Pour les dépenses de médicaments anthroposophiques et homéopathiques prescrits par un médecin, un thérapeute (→40) ou un homéopathe qualifié (→44).

### 16.3. Option 3 : Soins dentaires, optiques, et appareils auditifs

Si le contrat a été étendu à l'option 3, les conditions qui suivent seront d'application :

L'option 3 ne peut être souscrite qu'en complément au plan de base d'hospitalisation.

Les traitements dentaires suivants sont couverts comme traitements de routine dans les limites prévues: contrôle dentaire, détartrage, obturations, traitement de la racine, extraction dentaire, chirurgie dentaire, anesthésie et examens radiographiques.

Les traitements dentaires suivants sont couverts comme traitements dentaires spéciaux (→45) dans les limites prévues :  
Bridges, couronnes, implants, la parodontie, l'orthodontie (ajustement des dents) et les dentiers. Les traitements dentaires spéciaux sont sujets à une période d'attente (→13) de 12 ou 24 mois, en fonction de la version choisie.

Une (1) paire de verres ou de lentilles par année d'assurance est couverte dans les limites prévues. Pour des montures la Compagnie payera un forfait par période mentionnée et après présentation d'une facture. Les lunettes de soleil ainsi que les lentilles de couleur ne sont pas couvertes.

Les appareils auditifs prescrits par un spécialiste (→37) des oreilles sont couverts dans les limites prévues à raison d'une (1) prothèse par oreille atteinte de surdité, et ce, tous les trois ans.

## Article 17. Les plans collectifs

### 17.1. Avantage C1 : Acceptation de la préexistence.

Cet avantage n'est accordé que pour des plans d'assurance collectifs obligatoires pour un groupe défini objectivement de 10 membres du personnel assurés, et ce dans un type de plan intégral (Full Cover) ou supplétif (Top-Up). Les plans d'attente (Sleeper Plan) ne sont pas pris en considération.

Les personnes concernées par cette option ne devront pas passer de formalités médicales et seront couvertes même pour des maladies ou lésions encourues avant la date de prise d'effet (→11) du contrat.

Ils garderont cet avantage lorsqu'ils passeront vers un contrat individuel, à condition d'avoir été couverts pendant au moins deux années consécutives dans le plan collectif et à condition d'avoir opté pour ce contrat individuel dans les trente jours qui suivent la désaffiliation de la police collective. Pour un groupe de personnes de plus de 5 membres du personnel assurés une attestation de bonne santé suffit.

## Article 18. Règlement des sinistres

### 18.1. Remboursements

Les remboursements seront effectués après l'approbation de la Compagnie et réception des factures et notes de frais originales et détaillées, accompagnées du numéro de police et du diagnostic.

Dans le cas d'un type de plan supplétif (Top-Up), les factures originales seront remplacées par des copies accompagnées d'une attestation originale de la Mutualité (→33) précisant la quote-part de leurs remboursements.

Les remboursements peuvent être limités aux frais raisonnables, normalement acceptables dans le pays où le traitement a eu lieu.

En aucun cas, le montant remboursé ne dépassera le montant de la facture. Si l'assuré (→6) reçoit un montant supérieur au montant auquel il a droit, l'assuré sera dans l'obligation de rembourser immédiatement le montant excédentaire à la Compagnie (→3), sans quoi la Compagnie aura le droit de déduire le montant payé en trop lors du règlement d'un autre sinistre.

### 18.2. Franchises (→15)

Si une franchise a été choisie, elle s'applique par personne assurée (→6) et par année d'assurance.

En cas de demande de changement de choix de franchise, la modification ne pourra se faire qu'à la date de prochaine échéance (→12) du contrat.

Toutes les personnes assurées dans la même police devront opter pour la même franchise.

Les remboursements seront effectués lorsque les frais remboursables excéderont le montant de la franchise.

En cas d'hospitalisation (→41) s'étalant sur deux années d'assurance, la franchise ne sera appliquée qu'une seule fois sur base de l'année dans laquelle la personne a été hospitalisée.

En cas de suspension, d'annulation ou de modification des garanties, aucune réduction de franchise ne sera appliquée.

### 18.3. Périodes d'attente (→13)

Les périodes d'attente qui suivent seront appliquées :

- Le droit aux indemnités pour ce qui concerne les dépenses de grossesse et d'accouchement et les conséquences de ces événements, ne prendra cours que pour les traitements effectués après le délai d'attente de douze (12) mois. Pour la version Light, ce délai d'attente est porté à vingt quatre (24) mois. Pour la version Gold le délai de douze mois est réduit à dix (10) mois.
- Le droit aux indemnités pour ce qui concerne les traitements dentaires spécifiques (→45), ne prendra cours que pour les traitements effectués après le délai d'attente de vingt quatre (24) mois. Pour la version Gold, la période d'attente est réduite à douze (12) mois.

Les périodes d'attente sont supprimées dans le cas où la nouvelle police/module/option remplace un contrat préexistant couvrant les mêmes garanties, qui était en vigueur dans les trente (30) jours qui suivent l'échéance du précédent contrat et pour lequel les divers délais d'attente étaient écoulés à la conclusion du présent contrat.

## Article 19. Exclusions

En complément aux exclusions générales mentionnées à l'article 6 des conditions générales, il n'y aura pas de remboursement des frais :

1. encourus pour toute affection, maladie ou lésion connue par le preneur d'assurance (→5) et/ou l'assuré (→6) avant le moment de l'affiliation, à moins qu'elles ont été acceptées par la Compagnie ;
2. qui auraient pu être couverts et supportés par le plan de la Sécurité Sociale.  
Cette exclusion sera appliquée pleinement dans le type de plan supplétif (Top-Up) si un sinistre n'a pas été réglé par la Mutualité (→33) faute d'avoir suivi les procédures légales ou de n'avoir rempli une obligation (voir art.13.2)
3. relatifs à une thérapie cellulaire ;
4. pour honoraires payés pour simple fourniture d'attestations médicales ;
5. concernant les opérations et traitements de chirurgie ou de soins esthétiques, si ce n'est qu'elles résultent d'une mutilation suite à un accident (→16), une maladie ou une déficience congénitale sérieuse;
6. relatifs à un traitement médical alternatif, autre que ceux mentionnés dans l'article 44 du dictionnaire et dans l'article 16.2 ;
7. relatifs au traitement de troubles sexuels ;
8. pour les tests de fertilité et de traitements pour favoriser la fertilité ;
9. pour stérilisation et avortement, sauf si médicalement nécessaire (→21) et attesté par le spécialiste traitant ;
10. pour interruption d'une stérilisation volontaire ;
11. de contraception, sauf si médicalement nécessaire (→21), et attesté par le médecin traitant ;
12. relatifs à des affections vénériennes quel qu'en soit la cause;
13. pour des prestations ou un traitement dans une maison de repos, de cure, de sanatorium, de clinique de cure naturelle ou de toute institution qui n'est pas un hôpital (→ 34), ou tout autre genre de soins qui ne font pas partie d'un traitement médical ou chirurgical, y compris les séjours en maison (de retraite) médicalisée ;
14. relatifs au traitement de maladies ou de lésions durant le service militaire ;
15. de contaminations ou d'épidémies qui ont été placées sous le contrôle de l'autorité publique ;
16. concernant les participations personnelles aux frais d'examens médicaux de la population imposés par l'autorité publique;
17. relatifs aux traitements effectués par l'assuré lui-même, son conjoint, ses parents, ses enfants ou par une entreprise appartenant à une des personnes précitées. Les frais prouvés pour matériels et médicaments seront cependant remboursés suivant ce plan.

## Article 20. Méthodes de traitement

Les médecins (→36), les spécialistes (→37), les dentistes (→38), etc. qui appliquent un traitement doivent disposer d'une autorisation dans le pays où la pratique s'effectue. De plus, les méthodes de traitement doivent être agréées par les autorités de santé locales, où le traitement a eu lieu. Les méthodes de traitement non encore agréées, en voie d'être agréées par les autorités médicales locales, mais étant à l'état de recherche ne seront couvertes que si elles ont été agréées au préalable par le médecin conseil de la Compagnie.

## Article 21. Obligations de la personne assurée

La personne assurée (→6) est tenue de :

1. avertir la Compagnie dans les 30 jours ou le plus vite que possible, et si possible à l'avance, de la survenance d'une entrée à l'hôpital(→34) d'une des personnes assurées ;
2. collaborer à une guérison la plus rapide possible, à tout examen médical ou mise en observation souhaités par la Compagnie;
3. donner toute sa coopération pour aider le médecin conseil de la Compagnie à obtenir toutes informations nécessaires;
4. transmettre toutes les factures, notes de frais et reçus de paiements à la Compagnie le plus rapidement que possible;
5. faire détailler toutes les factures de telle façon qu'elles soient compréhensibles, sans autres questions complémentaires, par le gestionnaire sinistre de la Compagnie;
6. de veiller à ce que les notes d'honoraires, éventuellement rédigées par ordinateur, soient signées par le médecin traitant;
7. vérifier que les factures pour traitement dentaire d'urgence soient accompagnées d'un certificat du dentiste traitant (→38);
8. faire tout ce qui est dans son pouvoir pour minimiser les dommages et les conséquences d'un incident ;
9. fournir tous les détails nécessaires à la Compagnie ou aux experts désignés par celle-ci et de ne pas omettre de faire part de tous faits et circonstances qui pourraient être importants pour la Compagnie.

Si les obligations mentionnées ci-dessus ne sont pas remplies, la Compagnie se réservera le droit de réduire sa prestation à concurrence des préjudices subis.

L'assuré est invité, en cas de choix d'un plan de type supplétif (Top-Up), à suivre strictement les règles de sa Mutualité(→33) concernant le choix des médecins/ hôpitaux. Aucun remboursement additionnel ne sera dû pour des frais qui auraient pu être couverts par la Sécurité Sociale si l'assuré avait respecté les règles de la Mutualité.

## Conditions générales propres au module 2 : ASSISTANCE

### Article 22. Acceptation du risque

Sont acceptables pour la souscription les personnes qui ont souscrit le module soins de santé.

Le droit à l'assistance ou le remboursement ne contient que les prestations que la Compagnie a fournies ou organisées elle-même, ou pour lesquelles elle a donné sa permission.

### Article 23. Garantie de base

La garantie de base Assistance est automatiquement incluse dans le Module de Soins de Santé. En fonction de la qualité de l'assuré (→6), il/elle a droit à la garantie:

- Assistance pour résidents (→59)
- Assistance pour les expatriés (→63)
- Assistance pour les navetteurs internationaux (→62)
- Assistance pour les étudiants (→60) /travailleurs au pair (→61) / stagiaires internationaux (→60)
- Assistance voyage pour tous les personnes assurées

Les autres garanties d'assistance peuvent être ajoutées optionnellement :

- Assistance voyage – Bagage
- Assistance voyage – Annulation / Interruption

### Article 24. Assistance pour résidents (→59)- Description des garanties

#### 24.1. Informations médicales diverses

Sur demande de l'assuré (→6), et pour autant que disponible, la Compagnie peut communiquer des renseignements concernant des centres médicaux, des services d'ambulance, des médecins, des dentistes, des infirmiers/ières, et des pharmaciens (de garde), ainsi que des opticiens, et de locations du matériel médical, le plus proche du domicile.

Le but de cette intervention est uniquement de communiquer des informations utiles à l'assuré. La Compagnie ne peut pas être rendue responsable pour le prix et/ou la qualité des services fournis.

#### 24.2. Deuxième conseil du médecin conseil de la Compagnie

Dans le cas où l'assuré (→6) a reçu un conseil médical, pour lequel il voudrait avoir un deuxième conseil, il peut s'adresser téléphoniquement au médecin de la Compagnie. Attention : il est impossible de faire un diagnostic cohérent par téléphone. Le but de cette intervention est uniquement de communiquer des informations utiles à l'assuré. Ni la Compagnie, ni le médecin, ne peuvent être rendus responsables la qualité de l'information fournie.

#### 24.3. Aide administrative lors d'une maladie ou d'un accident (→ 16)

Si l'assuré (→6) doit être hospitalisé, la Compagnie met à sa disposition une aide administrative chargée de remplir les formalités nécessaires au séjour à l'hôpital (→34).

Suite à un décès, la Compagnie assiste l'assuré dans les démarches suivantes :

- la mise en rapport avec les entreprises de pompes funèbres;
- l'aide à la rédaction des faire-parts;
- l'indication des premières démarches administratives.

#### 24.4. Réservation d'une chambre d'hôpital (→34)

Si, à la suite d'un incident médical, l'assuré (→6) doit être hospitalisé, la Compagnie organise la réservation d'une chambre d'hôpital.

#### 24.5. Envoi sur place d'un médecin ou d'une équipe médicale.

Suite à un accident (→16) ou une maladie et si l'équipe médicale de la Compagnie l'estime nécessaire, la Compagnie envoie sur place un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré (→6) afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

L'équipe médicale de la Compagnie se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

#### 24.6. Transport de l'assuré vers l'hôpital et retour

En cas d'incident médical, si l'assuré (→6) doit être hospitalisé après l'intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant, la Compagnie organise et prend en charge (par la garantie de soins de santé) son transport en ambulance jusqu'à l'hôpital (→34) le plus proche ou un hôpital plus spécialisé, sous surveillance médicale si nécessaire ainsi que son retour au domicile si l'assuré ne peut se déplacer dans des conditions normales.

#### 24.7. Transmission de messages urgents

Si l'assuré (→6) en fait la demande, la Compagnie transmet gratuitement à toute personne les messages urgents en rapport avec les garanties et prestations assurées.

D'une manière générale, la transmission des messages est subordonnée à une justification de la demande, une expression claire et explicite du message à transmettre et l'indication précise du nom, de l'adresse et du numéro de téléphone de la personne à contacter.

Tout texte entraînant une responsabilité pénale, financière, civile ou commerciale est transmis sous la seule responsabilité de son auteur qui doit pouvoir être identifié. Son contenu doit être conforme à la législation locale et éventuellement internationale et ne peut engager la responsabilité de la Compagnie.

#### 24.8. Transport de l'assuré (→6) suite à une hospitalisation (→41)

Si, à la suite d'un incident médical ayant entraîné une hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, la Compagnie organise et prend en charge son transport (→49) aller-retour vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle ou vers son lieu de travail limité en nombre de jours comme mentionné dans la Liste des Garanties.

## **24.9. Transport funéraire**

La Compagnie organise et prend en charge les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès ou de la morgue jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation dans le Pays d'Origine (→30).

## **Article 25. – Assistance pour des expatriés (→63)**

Outre les garanties de "Assistance pour Résidents", les expatriés bénéficient encore des garanties suivantes :

### **25.1. Conseil médical direct du médecin conseil de la Compagnie**

Dans le cas où un conseil médical est nécessaire d'urgence, et qu'aucun médecin n'est disponible immédiatement, l'assuré (→6) peut s'adresser téléphoniquement au médecin de la Compagnie.

Attention : il est impossible de faire un diagnostic cohérent par téléphone. Le but de cette intervention est uniquement de communiquer des informations utiles à l'assuré. Ni la Compagnie, ni le médecin, ne peuvent être rendus responsables pour la qualité de l'information fournie.

### **25.2. Frais de recherche en cas d'une disparition inquiétante de plus de 24 heures**

La Compagnie rembourse les frais de recherche exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un assuré (→6) à concurrence du montant mentionné dans la Liste des Garanties, à condition que la recherche résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours.

### **25.3. Rapatriement ou transport suite à un incident médical**

Si l'assuré (→6) est hospitalisé à la suite d'un incident médical et que la Compagnie juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé ou plus proche de son domicile ou du Pays d'Origine (→30), la Compagnie organise et prend en charge le rapatriement (→50) ou le transport (→49) sanitaire de l'assuré, sous surveillance médicale si nécessaire.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de la Compagnie en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin de la Compagnie doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

La Compagnie organise et prend aussi en charge le transport d'un (1) assuré afin d'accompagner l'assuré rapatrié jusqu'au lieu d'hospitalisation (→41) ou de son lieu habituel de résidence.

### **25.4. Décès d'un assuré (→6)**

#### **25.4.1. En cas d'inhumation ou de crémation dans le Pays d'Origine (→30)**

Si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation dans le Pays d'Origine, la Compagnie organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire ;
- les frais de cercueil, comme prévus dans la liste des couvertures;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation ne sont pas pris en charge par la Compagnie.

Si l'assuré voyage seul à l'étranger, la Compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille (→8) ou d'un proche (→9) afin d'accompagner la dépouille mortelle.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par la Compagnie, comme mentionné dans la Liste des Garanties.

#### **25.4.2. En cas d'inhumation ou de crémation hors du Pays d'Origine (→30)**

Si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation hors du Pays d'Origine, la Compagnie organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées au point 25.4.1.

En outre, la Compagnie organise et prend en charge le voyage aller-retour de 2 membres de la famille proche (→9) résidant dans le Pays d'Origine pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation.

Les frais de séjour (→52) sur place de ces personnes sont pris en charge par la Compagnie à concurrence du montant mentionné dans la Liste des Garanties.

En cas de crémation à l'étranger avec cérémonie dans le Pays d'Origine, la Compagnie prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers le Pays d'Origine.

L'intervention de la Compagnie est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille vers le Pays d'Origine. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de la Compagnie.

### **25.5. Rapatriement des membres de famille (→8) assurés**

En cas de rapatriement d'un assuré suite à une hospitalisation (→41) ou un décès, et si nécessaire, la Compagnie organise et prend en charge le retour des autres assurés (→6) vers le Pays d'Origine (→30).

### **25.6. Rapatriement du véhicule (→51) abandonné**

En cas d'hospitalisation (→41), décès ou rapatriement d'un assuré (→6) suite à un accident de circulation, et si aucun autre assuré ne peut conduire le véhicule, la Compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule vers la résidence, vers l'entreprise ou l'assuré travaille ou vers un garage désigné. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la Compagnie. Les frais éventuels de carburant, de gardiennage et de péage restent à charge des assurés. Cette garantie est seulement valable en Zone 10 (→26).

### **25.7. Frais de séjour et voyage (→52)**

La Compagnie organise et prend en charge les frais de séjour et voyage comme mentionnés dans la Liste des Garanties, pour:

- le retour urgent au Pays d'Origine (→30) de l'assuré (→6) en cas de décès ou hospitalisation (→41) dans un état critique ou en danger de mort d'un membre de famille proche (→9);
- la présence indispensable d'un (1) membre de famille proche au cas où la personne assurée a été hospitalisée dans un état critique ou en danger de mort. Ces frais ne seront remboursés que si la personne assurée n'est pas encore décédée au moment du départ;
- la présence indispensable d'une (1) personne accompagnant la personne assurée dans le cas d'une évacuation urgente;
- la présence nécessaire d'une (1) personne assurée en cas d'un dommage important d'un bien qui est sa propriété dans le Pays d'Origine.

La garantie n'est acquise que sur présentation d'un certificat de décès ou d'hospitalisation, ou d'une preuve de dommage.

### **25.8. L'envoi d'un remplaçant**

En cas de décès, rapatriement ou hospitalisation (→41) de plus de 10 jours d'une personne assurée (→6), et si la présence d'un remplaçant est indispensable, la Compagnie organise et prend en charge le voyage (aller-retour) et les frais de séjour (→52) pour le remplaçant, à concurrence des montants mentionnés dans la Liste des Garanties. Cette garantie est uniquement valable pour des polices collectives des entreprises.

## **Article 26. – Assistance pour des navetteurs internationaux (→62)**

Outre les garanties d' "Assistance pour Résidents", les navetteurs internationaux bénéficient des garanties suivantes:

### **26.1. Rapatriement de l'assuré (→6) (ou la dépouille) vers le Pays de Résidence (→ 29)**

Si l'assuré est hospitalisé (ou décédé) à la suite d'un incident médical et si la Compagnie juge nécessaire de le transporter vers un centre médical (ou une morgue) dans le Pays de Résidence, la Compagnie organise et prend en charge le rapatriement (→50) ou le transport sanitaire (→49) de l'assuré, sous surveillance médicale si nécessaire.

Si l'état de l'assuré ne nécessite pas d'hospitalisation (→41), le transport s'effectue jusqu'à son lieu de résidence habituelle.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de la Compagnie en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin de la Compagnie doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

La Compagnie organise et prend en charge le transport d'un assuré afin d'accompagner l'assuré rapatrié jusqu'au lieu d'hospitalisation ou de son lieu de résidence habituelle.

### **26.2. Rapatriement du véhicule (→51) abandonné**

En cas d'hospitalisation (→41), décès ou rapatriement d'un assuré (→6) suite à un accident de circulation, et si aucun autre assuré ne peut conduire le véhicule, la Compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule vers la résidence, vers l'entreprise où l'assuré travaille ou vers un garage désigné. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la Compagnie. Les frais éventuels de carburant, de gardiennage et de péage restent à charge des assurés. Cette garantie est valable en Zone 10 (→ 26) seulement.

### **26.3. Frais de séjour et de voyage (→52)**

La Compagnie organise et prend en charge les frais de séjour et de voyage comme mentionnés dans la Liste des Garanties, pour:

- la présence nécessaire d'un (1) membre de la famille proche (→ 9) au cas où la personne assurée (→6) a été hospitalisée dans un état critique ou en danger de mort. Ces frais ne seront remboursés que si la personne assurée n'est pas encore décédée au moment du départ;
- la présence nécessaire d'une (1) personne accompagnant la personne assurée dans le cas d'une évacuation urgente;

La garantie n'est acquise que sur présentation d'un certificat d'hospitalisation.

### **26.4. Avance de fonds**

En cas de survenance dans le pays de travail d'un événement couvert ayant fait l'objet d'une demande d'intervention auprès de la Compagnie et, le cas échéant, après déclaration aux autorités locales, la Compagnie met, à la demande de l'assuré (→6), tout en oeuvre pour lui faire parvenir la contre-valeur du montant mentionné dans la Liste des Garanties.

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **26.5. Avance de caution pénale**

Si l'assuré (→6) fait l'objet de poursuites judiciaires dans le pays de travail, la Compagnie lui avance le montant de la caution pénale exigée par les autorités comme mentionné dans la Liste des Garanties.

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **26.6. Avance de frais d'avocat**

Si l'assuré (→6) fait l'objet de poursuites judiciaires dans le pays de travail dans le cadre d'un accident de la circulation, la Compagnie organise la prestation d'un avocat et avance le montant de ses honoraires limité au montant prévu dans la Liste des Garanties

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

## **Article 27. Assistance pour des étudiants (→60) / travailleurs au pair (→61) / stagiaires (→60) internationaux**

Outre les garanties d' "Assistance pour Résidents", les étudiants/travailleurs au pair/stagiaires internationaux bénéficient aussi des garanties suivantes :

### **27.1. Frais de recherche en cas d'une disparition inquiétante de plus de 24 heures**

La Compagnie rembourse les frais de recherche exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un assuré (→6) à concurrence du montant mentionné dans la Liste des Garanties, à condition que la recherche résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours.

### **27.2. Rapatriement de l'assuré (ou de la dépouille) vers le Pays de Résidence (→ 21)**

Si l'assuré (→6) est hospitalisé (ou décédé) à la suite d'un incident médical et que la Compagnie juge nécessaire de le transporter vers un centre médical (ou une morgue) dans le Pays de Résidence, la Compagnie organise et prend en charge le rapatriement (→50) ou le transport sanitaire (→49) de l'assuré, sous surveillance médicale si nécessaire.

Si l'état de l'assuré ne nécessite pas d'hospitalisation (→41), le transport s'effectue jusqu'à son lieu de résidence habituelle.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de la Compagnie en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin de la Compagnie doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

La Compagnie organise et prend en charge le transport d'un assuré afin d'accompagner l'assuré rapatrié jusqu'au lieu d'hospitalisation ou de son lieu de résidence habituelle.

### **27.3. Remboursement du droit d'inscription en cas d'interruption des études par l'assuré**

La Compagnie rembourse, prorata temporis, la perte du droit d'inscription à concurrence des montants mentionnés dans la Liste des Garanties, en cas d'interruption involontaire des études suite à un accident grave (→ 16) ou une maladie sérieuse de l'assuré (→6) lui-même ou d'un membre de sa famille (→8). Par "droit d'inscription", on entend les frais payés à l'école pour pouvoir participer au programme d'études Universitaires ou à l'école supérieure.

### **27.4. Remboursement des frais d'annulation du bail en cas d'interruption des études par l'assuré**

La Compagnie rembourse, prorata temporis, les frais de préavis du logement prouvés à concurrence des montants mentionnés dans la Liste des Garanties, en cas d'interruption involontaire des études suite à un accident grave (→ 16) ou une maladie sérieuse de l'assuré (→6) lui-même ou d'un membre de sa famille (→8).

### **27.5. Rapatriement du véhicule (→51) abandonné**

En cas d'hospitalisation (→41), décès ou rapatriement d'un assuré (→6) suite à un accident de circulation, et si aucun autre assuré ne peut conduire le véhicule, la Compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule vers la résidence, ou vers un garage désigné. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la Compagnie. Les frais éventuels de carburant, de gardiennage et de péage restent à charge des assurés. Cette garantie est valable en Zone 10 (→ 26) seulement.

### **27.6. Frais de séjour et voyage (→52)**

La Compagnie organise et prend en charge les frais de séjour et voyage comme mentionnés dans la Liste des Garanties, pour:

- le retour urgent au pays d'Origine/Résidence (→ 29, 30) de l'assuré (→6) en cas de décès ou hospitalisation (→41) dans un état critique ou en danger de mort d'un membre de la famille proche (→9);
- la présence nécessaire d'un (1) membre de la famille proche au cas où la personne assurée a été hospitalisée dans un état critique ou en danger de mort. Ces frais ne seront remboursés que si la personne assurée n'est pas encore décédée au moment du départ;
- la présence nécessaire d'une (1) personne accompagnant la personne assurée dans le cas d'une évacuation urgente;

La garantie n'est acquise que sur présentation d'un certificat de décès ou d'hospitalisation.

### **27.7. Frais de séjour (→52) en période intermédiaire en cas de transfert nécessaire vers une autre famille d'accueil**

En cas d'un transfert nécessaire vers une autre famille d'accueil dans le même pays à cause d'une querelle irréversible entre l'assuré (→6) et la famille d'accueil initiale, la Compagnie prend en charge les frais de séjour à concurrence d'un sinistre par an et limité au montant repris dans la Liste des Garanties.

### **27.8. Avance de fonds**

En cas de survenance dans le pays d'étude ou de travail d'un événement couvert ayant fait l'objet d'une demande d'intervention auprès de la Compagnie et, le cas échéant, après déclaration aux autorités locales, la Compagnie met, à

la demande de l'assuré (→6), tout en œuvre pour lui faire parvenir la contre-valeur du montant mentionné dans la Liste des Garanties.

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **27.9. Avance de caution pénale**

Si l'assuré (→6) fait l'objet de poursuites judiciaires dans le pays d'étude ou de travail, la Compagnie lui avance le montant de la caution pénale exigée par les autorités comme mentionné dans la Liste des Garanties.

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **27.10. Avance de frais d'avocat**

Si l'assuré (→6) fait l'objet de poursuites judiciaires dans le pays d'étude ou de travail dans le cadre d'un accident de la circulation, la Compagnie organise la prestation d'un avocat et avance le montant de ses honoraires limité au montant prévu dans la Liste des Garanties

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

## **Article 28. Assistance voyage**

Outre les garanties précédentes tous les assurés bénéficient aussi des garanties suivantes :

Cette garantie est limitée en nombre de jours consécutifs par voyage, comme prévue dans la Liste des Garanties.

Cette garantie est valable mondialement.

### **28.1. Informations voyage au préalable**

La Compagnie donne, à la demande de l'assuré (→6), par téléphone, des informations concernant un départ vers l'étranger telles que :

- les cours et devises : informations sur les taux de change ;
- les formalités de visa, passeport et autres pièces d'identité ;
- les formalités douanières ;
- les vaccinations ;
- les décalages horaires ;
- les mesures de précaution hygiéniques ;
- les jours fériés ;
- le climat et des conseils en matière d'habillement ;
- les moyens de transport.

La Compagnie peut aussi communiquer aux assurés, pour autant que disponibles, les coordonnées des médecins et/ou hôpitaux à l'étranger (→32).

### **28.2. Frais de recherche et de sauvetage**

La Compagnie rembourse les frais de recherche et de sauvetage exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un assuré (→6) à concurrence par sinistre du montant mentionné dans la Liste des Garanties, à condition que le sauvetage résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours.

En cas d'accident corporel (→ 16) sur une piste de ski, la Compagnie rembourse à l'assuré, sur présentation d'un justificatif original, les frais de descente en traîneau sanitaire ou hélicoptère occasionnés à la suite de cet accident.

L'accident doit être impérativement signalé à la Compagnie au plus tard dans les 72 heures après sa survenance. Cette garantie est exclue lorsque le sinistre survient suite à la pratique du ski effectué hors pistes balisées sans guide agréé par les autorités du pays.

### **28.3. Rapatriement ou transport suite à un incident médical**

Si l'assuré (→6) est hospitalisé à la suite d'un incident médical et que l'équipe médicale de la Compagnie juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé ou plus proche de son domicile, la Compagnie organise et prend en charge le rapatriement (→50) ou le transport sanitaire (→49) de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire.

Si l'état de l'assuré ne nécessite pas d'hospitalisation (→41), le transport s'effectue jusqu'à son domicile.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de la Compagnie en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin de la Compagnie doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

La Compagnie organise et prend aussi en charge le transport d'un assuré afin d'accompagner l'assuré rapatrié jusqu'au lieu d'hospitalisation (→41) ou de son domicile.

### **28.4. Rapatriement de la dépouille.**

En cas de décès d'une personne assurée (→6) suite à un accident (→ 16) ou une maladie à l'étranger (→32) la Compagnie s'occupe de toutes les formalités, organise et prend en charge le rapatriement de la dépouille vers le Pays d'Origine (→30), suivant les limites prévues dans la Liste des Garanties.

### **28.5. Rapatriement des autres assurés (→6)**

En cas de rapatriement d'un assuré, et si nécessaire, la Compagnie organise et prend en charge le retour des autres assurés à leur domicile ou la continuation du voyage. La garantie « continuation du voyage » est limitée au coût du rapatriement (→50) des assurés à leur domicile. Elle s'applique pour autant que les autres assurés ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour.

### **28.6. Rapatriement des bagages (→53)**

En cas de rapatriement d'un assuré (→6), la Compagnie organise et prend en charge les frais de transport des bagages jusqu'au domicile de l'assuré.

### **28.7. Rapatriement du véhicule (→51) de l'assuré (→6)**

En cas d'immobilisation, hospitalisation (→41), décès ou rapatriement d'un assuré (→6) suite à un accident de circulation, et si aucun autre assuré ne peut conduire le véhicule, la Compagnie organise et prend en charge le retour du véhicule ou l'envoi d'un chauffeur de remplacement. Le choix du moyen de transport pour le retour du véhicule appartient à la Compagnie. Les frais éventuels de carburant, de gardiennage et de péage restent à charge des assurés. Cette garantie est seulement applicable en Zone 10 (→ 26).

### **28.8. Envoi de médicaments/équipement médical indispensables**

La Compagnie met tout en oeuvre pour organiser et prendre en charge les frais de recherche et de mise à disposition des

médicaments ou de l'équipement médical indispensables, prescrits par une autorité médicale compétente, introuvables sur place mais disponibles dans le Pays de Résidence (→29). Leur mise à disposition doit être accordée par le service médical de la Compagnie. Leur envoi est soumis aux disponibilités des moyens de transport et doit être conforme aux législations locales et internationales. L'assuré (→6) s'engage à rembourser à la Compagnie le prix des médicaments et de l'équipement médical qui sont mis à sa disposition (sauf s'ils sont couverts dans une autre garantie dans ce contrat), majorés des frais éventuels de dédouanement dans un délai de deux mois à partir de la date d'expédition.

### **28.9. Transmission de messages urgents**

Si l'assuré (→6) en fait la demande, la Compagnie transmet gratuitement à toute personne les messages urgents en rapport avec les garanties et prestations assurées. D'une manière générale, la transmission des messages est subordonnée à une justification de la demande, une expression claire et explicite du message à transmettre et l'indication précise du nom, de l'adresse et du numéro de téléphone de la personne à contacter. Tout texte entraînant une responsabilité pénale, financière, civile ou commerciale est transmis sous la seule responsabilité de son auteur qui doit pouvoir être identifié. Son contenu doit être conforme à la législation locale et internationale et ne peut engager la responsabilité de la Compagnie.

### **28.10. Assistance en cas de bris, perte ou vol de prothèses**

Si en cas de bris, perte ou vol de prothèse (lunettes, verres de contact,...) l'assuré (→6) se trouve dépourvu de ses prothèses, la Compagnie met tout en oeuvre afin d'organiser et de prendre en charge les frais d'envoi de ces dernières par les moyens les plus rapides sous réserve des législations locales et internationales et des disponibilités des moyens de transport.

L'assuré s'engage à rembourser à la Compagnie le prix des prothèses qui sont mis à sa disposition (sauf s'ils sont couverts dans une autre garantie dans ce contrat), majorés des frais éventuels de dédouanement, dans un délai de deux mois à partir de la date d'expédition.

### **28.11. Assistance en cas de perte ou de vol de documents de voyage (→55), chèques, de cartes de banque ou de crédit**

En cas de perte ou de vol des documents de voyage et après déclaration des faits par l'assuré (→6) aux autorités locales, la Compagnie met à la disposition de l'assuré des tickets pour continuer son voyage ou pour retourner à son domicile. L'assuré sera chargé du remboursement du ticket à la Compagnie (sauf s'ils sont assurés dans une autre garantie de cette police) dans les deux mois qui suivent la mise à disposition.

En cas de perte ou de vol des pièces d'identité et après déclaration des faits par l'assuré aux autorités locales, la Compagnie communique à l'assuré les coordonnées des offices de tourisme, des ambassades et des consulats les plus proches pour la mise à disposition de pièces d'identité temporaires, et elle prend en charge les frais de transport vers et de l'ambassade/consulat, limités comme prévu dans la Liste des Garanties.

En cas de perte ou de vol de chèques, cartes de banque ou de crédit et après déclaration des faits par l'assuré aux autorités locales, la Compagnie intervient auprès des

institutions financières pour qu'elles prennent les mesures de protection nécessaires.

Sous peine de déchéance de la garantie, l'assuré doit impérativement déclarer la perte ou le vol aux autorités locales compétentes.

En aucun cas, la Compagnie ne peut être tenue pour responsable de la transmission fautive ou erronée des renseignements fournis par l'assuré.

### **28.12. Avance de fonds**

En cas de survenance à l'étranger (→32) d'un événement couvert ayant fait l'objet d'une demande d'intervention auprès de la Compagnie et, le cas échéant, après déclaration aux autorités locales, la Compagnie met, à la demande de l'assuré (→6), tout en œuvre pour lui faire parvenir la contre-valeur du montant mentionné dans la Liste des Garanties.

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **28.13. Avance de caution pénale**

Si l'assuré (→6) fait l'objet de poursuites judiciaires à l'étranger (→32), la Compagnie lui avance le montant de la caution pénale exigée par les autorités comme mentionné dans la Liste des Garanties.

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **28.14. Avance de frais d'avocat**

Si l'assuré (→6) fait l'objet de poursuites judiciaires à l'étranger (→32) dans le cadre d'un accident de la circulation, la Compagnie organise la prestation d'un avocat et avance le montant de ses honoraires limité au montant prévu dans la Liste des Garanties

Cette somme devra préalablement être versée à la Compagnie en liquide, par virement ou sous forme de chèque bancaire certifié conforme.

### **28.15. Assistance linguistique**

Si l'assuré (→6) rencontre des difficultés linguistiques à l'étranger (→32) en rapport avec les prestations en cours, la Compagnie effectue par téléphone les traductions nécessaires à la bonne compréhension des événements.

Dans la mesure où la traduction porte sur d'autres sujets que les prestations d'assistance ou santé, la Compagnie communique à l'assuré les coordonnées d'un traducteur-interprète. Les honoraires de ce dernier seront à charge de l'assuré.

### **28.16. Frais de séjour et voyage (→52)**

La Compagnie organise et prend en charge les frais de séjour et voyage comme mentionnés dans la Liste des Garanties, pour:

- le retour urgent de l'assuré (→6) en cas de décès ou d'hospitalisation (→41) dans un état critique ou en danger de mort d'un membre de famille proche (→9);
- la présence nécessaire d'un (1) membre de famille proche au cas où la personne assurée a été hospitalisée dans un état critique ou en danger de mort. Ces frais ne seront remboursés que si la personne assurée n'est pas encore décédée au moment du départ;
- la présence nécessaire d'une (1) personne accompagnant la personne assurée dans le cas d'une évacuation médicale urgente;

- la présence nécessaire d'une (1) personne assurée en cas d'un dommage immobilier important d'un bien qui est sa propriété dans le Pays d'Origine/Résidence (→29, 30).

En cas de grève du personnel de l'aéroport ou grève des chemins de fer, cataclysme naturel, guerre, attentat ou sabotage causant un retard à l'assuré, la Compagnie intervient :

- soit dans la prise en charge des frais d'hébergement de l'assuré;
  - soit dans la mise à disposition d'un véhicule de remplacement pour permettre à l'assuré de poursuivre son trajet;
- et ce jusqu'aux montants mentionnés dans la Liste des Garanties.

La Compagnie prend en charge les frais de prolongation de séjour de l'assuré malade ou blessé s'il ne peut, sur ordonnance médicale de l'autorité médicale compétente, entreprendre le voyage de retour à la date initialement prévue. La décision de prolongation doit préalablement être approuvée par le médecin de la Compagnie. Ces frais sont limités, par incident médical, aux montants mentionnés dans la Liste des Garanties.

Si un assuré malade ou blessé doit prolonger son séjour, la Compagnie prend en charge les frais de séjour des autres assurés qui l'accompagnent. Ces frais sont limités, par incident médical, aux montants mentionnés dans la Liste des Garanties.

La décision de prolongation doit être préalablement approuvée par le médecin de la Compagnie.

La garantie n'est acquise que sur présentation d'un certificat de décès ou d'hospitalisation ou une preuve du sinistre.

### **28.17. Remboursement du forfait remonte-pentes**

Si l'état de l'assuré (→6) blessé entraîne une hospitalisation (→41) de plus de 24 heures et/ou un rapatriement organisé par la Compagnie, le forfait remonte-pentes de l'assuré sera remboursé prorata temporis, limité au montant mentionné dans la Liste des Garanties.

### **28.18. Business Lifestyle (uniquement pour des polices collectives en version Gold)**

La Compagnie organise les demandes en relation avec l'activité professionnelle telles que :

- information et réservation d'un hôtel ou d'un restaurant pour un repas d'affaire dans les capitales européennes ;
- information et réservation d'un taxi, d'une limousine ou, en cas d'urgence (départ dans les 24 heures en semaine et 48 heures durant les week-end) d'un titre de transport terrestre ou aérien selon les disponibilités et conditions de la Compagnie de transport. Ce titre de transport devra être retiré par l'assuré (→6) au comptoir de la Compagnie dans les 2 heures précédant le départ;
- coordonnées d'une agence de location de voitures, mise à disposition d'un plan des transports en commun, information sur l'itinéraire jusqu'au lieu de séjour;
- Envoi de fleurs et de cadeaux dans le monde entier ;
- Information sur les dates, heures et lieux des spectacles majeurs dans les plus grandes métropoles ;
- les services professionnels : coordonnées de salles de séminaire ou de réunions, coordonnées de sociétés de location de matériel audio et/ou vidéo, coordonnées de service de restauration ;
- organisation de la mise à disposition d'interprètes, secrétaires ;

- envoi de documents professionnels mis à disposition par l'entreprise.

La Compagnie ne peut être tenue pour responsable de la qualité et du prix des interventions effectuées par le(s) prestataire(s). L'ensemble des frais sont à la charge de l'assuré, hormis le temps d'organisation passé par la Compagnie.

### 28.19. Exclusions

Complémentaire aux exclusions générales mentionnées à l'article 6 des conditions générales du présent contrat, aucune indemnité ou compensation ne sera due pour des dommages ou frais concernant des maladies ou affections qui existaient déjà avant la date de prise d'effet du contrat (→11) et connus – ou qui auraient dû raisonnablement être connus – de la personne assurée (→6), sauf acceptés par la Compagnie, ou à condition que le médecin traitant a déclaré par écrit, que la personne assurée était en état de voyager, et ce avant le départ.

### Article 29. Option 1: Bagages (→53)

Si le contrat a été étendu à l'option 1, les dispositions suivantes seront d'application.

L'option 1 ne peut être souscrite qu'en complément du plan de base d'assistance.

L'option Bagage est limitée en nombre de jours consécutifs, et est sujette à une franchise (→ 15), comme prévue dans la Liste des Garanties.

Cette garantie est valable mondialement.

#### 29.1. Assistance en cas de perte/vol des bagages

En cas de perte ou de vol des bagages, la Compagnie communique à l'assuré (→6) les informations sur les formalités à remplir pour la déclaration du vol ou de la perte des bagages.

En cas de perte ou vol des bagages, et à la demande de l'assuré, la Compagnie organise et prend en charge l'envoi d'une valise contenant des objets personnels de remplacement dont le poids est limité à 20 kg. La valise doit être déposée au préalable au siège social de la Compagnie ou d'une de ses représentations et être accompagnée d'un inventaire précis de son contenu.

De plus, la Compagnie remboursera l'assuré de la valeur réelle pour les biens perdus ou volés, à concurrence des limites mentionnées dans la Liste des Garanties.

De plus, l'assuré a droit au même remboursement pour l'achat de biens de première nécessité en cas de retard dans l'acheminement des bagages (voir art. 29.2).

En cas de vol ou perte de skis la Compagnie prend en charge le prix de location de skis similaires OU rembourse le forfait remonte-pentes de l'assuré prorata temporis, limité au montant mentionné dans la liste de garanties.

#### 29.2. Retard dans l'acheminement des bagages

En cas de retard des bagages de plus de 12 heures (ou au minimum 1 nuit), la Compagnie prend en charge l'achat de biens de première nécessité à concurrence du montant mentionné dans la Liste des Garanties.

### 29.3. Exclusions

Outre les exclusions générales mentionnées à l'article 6 des conditions générales du contrat, aucun montant ne sera dû pour un dommage causé par ou concernant :

1. Tout objet confisqué par les douanes ou autorités de police ;
2. Bris de porcelaine, poterie, verre ou autre article fragile, autre que des objectifs photographiques ;
3. Bris de cordes, déchirements de peaux d'instruments de musique ;
4. Vol de bagage laissé sans surveillance, sauf s'il a été enfermé dans des bâtiments sécurisés ou verrouillé et hors de vue, dans le coffre d'un véhicule à moteur ;
5. Tout bagage non accompagné, qui est envoyé ou posté et de ce fait n'accompagnant pas la personne assurée (→6) lors du voyage ;
6. Perte ou vol de bagage qui n'a pas été déclaré dans les 24 heures qui suivent la découverte et qui n'est pas confirmé par un procès-verbal ;
7. Usure, dépréciation, vermine, défaillance interne mécanique ou électrique, toute cause progressive (comme l'humidité, le froid ou la chaleur), dommage par tout procédé de nettoyage, réparation, restauration ou modification ;
8. Valises déparées, griffées, cabossées etc..., aussi longtemps qu'elles peuvent encore être utilisées dans leur but prédestiné ;
9. Animaux ;
10. Pertes résultant de fluctuations monétaires ;
11. Timbres, pièces de monnaies et autre collections ;
12. Lunettes, lentilles, appareils auditifs et prothèses.
13. L'argent (→54) qui n'aura pas été en possession de l'assuré ou dans un coffre-fort.

### 29.4. Règlement des sinistres – Obligations de l'assuré (→6)

L'assuré se conformera aux obligations suivantes :

- prendre toute mesures utiles et nécessaires à la protection des bagages ;
- si les bagages se trouvent dans un véhicule automobile, fermer à clef les portières ainsi que le coffre et verrouiller entièrement les fenêtres et le toit ouvrant ;
- déposer les objets spéciaux ou précieux et les bijoux que l'assuré ne porte pas sur lui dans un coffre d'hôtel ou de la résidence de vacances ;
- en cas de sinistres :
  - en cas de vol : faire dresser immédiatement procès-verbal par les autorités locales du lieu du vol et faire constater les traces d'effraction ;
  - en cas de détérioration partielle ou totale, ou non livraison par une entreprise de transport , déposer plainte auprès du transporteur dans le délai légal, faire établir un constat contradictoire et fournir une attestation de perte définitive délivrée par le transporteur (P.I.R. : Property Irregularity Report)
  - le document de transport ainsi que les labels des bagages doivent être conservés ;
  - dans tous les cas, prévenir la Compagnie dans les 48 heures après le retour à son domicile (sauf en cas de force majeure), se conformer aux instructions et lui faire parvenir tous les renseignements et/ou documents qu'elle juge nécessaires ou utiles ;
  - prouver l'exactitude du dommage tant en quantité qu'en qualité et fournir les preuves d'achat pour les objets spéciaux ou précieux.

Le règlement du sinistre sera basé sur la valeur réelle, qui est le prix actuel neuf, diminué de 15% par année d'ancienneté pour tenir compte de la vétusté.

L'assureur (→3) peut décider de faire réparer les biens et de payer uniquement les frais de réparations.

## **Article 30. - Option 2 : Annulation de voyage / Interruption de voyage**

Si le contrat a été étendu à l'option 2, les dispositions suivantes seront d'application.

L'option 2 ne peut être souscrite qu'en complément du plan de base d'assistance.

L'option « Annulation de voyage / Interruption de voyage » est limitée en nombre de jours consécutifs, et est sujette à une franchise (→ 15), comme prévu dans la Liste des Garanties.

Le montant assuré est le montant total du voyage.

Cette option est valable mondialement.

### **30.1. Annulation**

La garantie a pour objet le remboursement des frais d'annulation tombant à la charge de l'assuré (→6), suivant les conditions du contrat de voyage, en cas d'annulation pour l'une des causes suivantes :

1. maladie, accident (→ 16) ou décès de :
  - l'assuré, son conjoint, un parent ou un allié proche (→9) ;
  - la personne vivant sous le même toit que l'assuré et dont il a la charge ou la garde ;
2. licenciement économique de l'assuré
3. suppression des congés de l'assuré imposée par son employeur suite à l'indisponibilité pour cause de maladie, accident ou décès du collègue remplaçant l'assuré ;
4. présence obligatoire de l'assuré prévue au contrat de travail conclu pour une durée de minimum 3 mois ;
5. présence indispensable de l'assuré exerçant une profession libérale ou indépendante suite à l'indisponibilité pour cause de maladie, accident ou décès du remplaçant professionnel de l'assuré mentionné dans la police ;
6. indisponibilité pour cause de maladie, accident ou décès de la personne chargée de la garde de l'enfant mineur (→10) ou handicapé de l'assuré ;
7. dommages matériels importants aux biens immobiliers de ou loués par l'assuré survenus dans les 30 jours précédant la date de départ ;
8. présence obligatoire de l'assuré comme :
  - témoin ou membre de jury devant le tribunal
  - milicien pour l'accomplissement du service militaire y compris le rappel
  - étudiant pour subir un examen de rattrapage dans la période entre le jour de départ et 15 jours après la date de retour du voyage ;
9. quand l'assuré est appelé ou convoqué pour l'adoption d'un enfant ;
10. au cas où l'assuré, pour des raisons médicales, ne peut subir les vaccinations nécessaires pour le voyage ;
11. le refus d'un visa par les autorités du pays de destination ;
12. vol ou immobilisation totale du véhicule privé de l'assuré suite à un accident de la circulation ou un incendie au moment du départ ou pendant le trajet vers la destination de vacances ;
13. retard au moment de l'embarquement prévu au contrat de voyage, au départ ou au cours d'une étape, suite à une immobilisation de plus d'une heure survenue sur le

trajet vers le lieu de l'embarquement à cause d'un accident de la circulation ou de la force majeure.

La garantie Annulation de voyage est également d'application en cas d'annulation par le compagnon de voyage à cause d'un des raisons susdites, et pour autant que le compagnon a aussi souscrit cette option auprès de la Compagnie.

### **30.2. Interruption de voyage**

La garantie a comme objet le remboursement des jours de voyages perdus pour l'une des raisons ci-après.

L'assuré (→6) a dû prématurément interrompre son voyage pour cause de :

1. maladie, accident (→ 16) ou décès :
  - l'assuré, son conjoint, un parent ou un allié proche (→9) ;
  - la personne vivant sous le même toit que l'assuré et dont il a la charge ou la garde ;
2. maladie, accident ou décès du remplaçant professionnel de l'assuré qui exerce une profession libérale ou indépendante ;
3. indisponibilité à cause de maladie, accident ou décès de la personne désignée dans la police chargée de la garde de l'enfant mineur (→10) ou handicapé de l'assuré ;
4. dommages matériels importants aux biens immobiliers de l'assuré survenus pendant le voyage ;
5. présence obligatoire de l'assuré comme témoin ou membre de jury devant le tribunal ;
6. quand l'assuré est appelé ou convoqué pour l'adoption d'un enfant ;
7. vol ou immobilisation totale du véhicule privé de l'assuré suite à un accident de la circulation ou un incendie au moment du départ ou pendant le trajet vers la destination de vacances ;
8. retard au moment de l'embarquement prévu au contrat de voyage, au départ ou au cours d'une étape, suite à une immobilisation de plus d'une heure survenue sur le trajet vers le lieu de l'embarquement à cause d'un accident de la circulation ou de la force majeure.

La garantie Interruption de voyage est également d'application en cas d'interruption par le compagnon de voyage à cause d'un des raisons susdites, et pour autant que le compagnon a aussi souscrit cette option auprès de la Compagnie.

### **30.3. Exclusions**

Outre les exclusions générales mentionnées à l'article 6 des conditions générales du contrat, aucun montant ne sera dû pour un dommage causé par ou concernant :

1. catastrophes naturelles ;
2. lésions dues à un accident (→ 16) ou une maladie pour lesquels au moment de la souscription du contrat d'assurance un traitement médical ou paramédical était suivi sur avis du médecin traitant ;
3. épilepsie, diabète, maladies innées évolutives ;
4. maladie chronique (→ 18) ou préexistante de l'assuré (→6) sauf si aucun traitement médical ou paramédical n'était nécessaire dans le mois précédant la souscription du contrat d'assurance et qu'aucune contre indication pour l'accomplissement du voyage n'existait selon ce médecin traitant ;
5. accidents ou troubles qui résultent des sports exclus en article 6.6. ;
6. troubles psychiques, névropathiques et psychosomatiques, sauf en cas d'hospitalisation (→41) de minimum une semaine ;

7. les complications, troubles ou interruptions de grossesse;
8. insolvabilité de l'assuré ;
9. panne ou mauvais état du véhicule privé prévu pour le voyage ;
10. retards causés par l'embarras de circulation et autres incidents ordinaires ;
11. frais administratives, visa et autres frais comparables.

causer l'annulation du voyage, l'assuré en avisera immédiatement l'agence ou l'organisateur.

Les susdites exclusions sont non seulement d'application vis-à-vis de l'assuré mais également vis-à-vis des personnes dont l'état médical est la cause de la demande d'intervention et pour autant que l'âge ne dépasse pas 75 ans.

### **30.4. Règlement des sinistres**

**30.4.1. En cas d'annulation de voyage**, la Compagnie rembourse :

1. en cas d'annulation par l'assuré (→6) avant le commencement du contrat de voyage : 100% des frais d'annulation contractuellement dus par l'assuré ;
2. en cas d'annulation du compagnon de voyage et si l'assuré décide de partir seul, les frais supplémentaires d'hôtel et / ou de modification entraînés par cette annulation ;
3. en cas d'immobilisation du véhicule privé, l'assuré pourra entamer le voyage avec une voiture de location. Dans ce cas la Compagnie intervient dans le prix net de la location dans la limite des montants des frais d'annulation exigibles. Les frais de péage, carburant ou d'assurance resteront à charge de l'assuré.

L'intervention de la Compagnie ne dépassera en aucun cas le montant assuré et sera toujours calculée sur base des frais d'annulation contractuellement dus suivant les conditions du contrat de voyage, en cas d'annulation dans les 48 heures après que l'assuré ait eu connaissance de l'événement nécessitant l'annulation.

**30.4.2. En cas d'interruption de voyage** la Compagnie rembourse :

1. la partie non récupérable du prix du voyage au prorata des jours perdus, à compter du jour de retour au domicile ou du jour d'hospitalisation (→41) à l'étranger (→32).  
L'assuré (→6) a le choix entre :
  - soit le paiement immédiat de l'indemnité des jours de voyages perdus.
  - soit un bon à valoir, valable pendant un an, sur un prochain voyage à réserver auprès de la même agence et même tour opérateur. Dans ce cas l'indemnité est augmentée de 10%.
2. en cas d'immobilisation du véhicule prévu pendant le voyage l'assuré peut continuer son voyage avec une voiture de location. Dans ce cas, l'assureur (→3) intervient dans le prix de la location dans la limite du montant normalement dû pour l'indemnité des jours de voyages perdus.  
Les frais de péage, carburant ou d'assurance resteront à charge de l'assuré.

### **30.5. Obligations de l'assuré (→6)**

L'assuré se conformera aux obligations suivantes :

1. informer immédiatement l'assureur (→3) et lui adresser une déclaration écrite dans les trente jours à partir du moment où l'assuré en a la possibilité ;
2. Se conformer aux instructions de l'assureur et lui fournir tous les renseignements et/ou documents qu'elle juge nécessaires ou utiles ;
3. Prendre toutes les mesures nécessaires et utiles afin de limiter au maximum les frais d'annulation c'est à dire, que, dès qu'il a connaissance d'un événement pouvant

## Conditions générales propres au module 3 : Accidents et Maladies Graves

### Article 31. Acceptation du risque

Sont acceptables pour la souscription les personnes qui :

- sont saines de corps et d'esprit à la date de prise d'effet du contrat (→11) ;
- n'ont pas atteint l'âge de 60 ans ;
- ont souscrit les modules de base Soins de santé et Assistance.

### Article 32. Etendue de la couverture

Cette couverture garantit le paiement d'un capital unique mentionné dans la Liste des Garanties, en cas de décès ou d'invalidité permanente (→22) de la personne assurée (→6) suite à un accident (→16) ou en cas d'un diagnostic définitif d'une maladie grave (→19) et incurable.

Les personnes assurées qui font un travail physique ou un travail avec des machines ne sont couvertes que pour les accidents vie privée et les maladies graves.

### Article 33. Exclusions

Complémentaire aux exclusions mentionnées dans l'article 6 des conditions générales du contrat, aucune indemnité ne sera due pour un dommage causé par ou concernant :

- tout fait intentionnel d'une personne assurée (→6) ;
- un état de santé de la personne assurée qui préexistait au moment de la souscription du contrat, sauf si cette situation était connue et acceptée par la Compagnie d'assurance, et mentionnée aux conditions particulières de la police, ou si cette situation est la résultante d'un accident (→ 16) pour lequel la Compagnie a déjà payé des indemnités ou est tenue à le faire;
- désordres mentaux, quelle qu'en soit la cause;
- tassement des disques intervertébraux (hernia nuclei pulposi), tennis-elbow (epicondylitis lateralis), ou golfersarm (epicondylitis medialis) ;
- accidents survenus à une personne assurée lors de l'utilisation d'une moto d'une capacité de 50cc et plus, si la personne assurée n'a pas atteint l'âge de 25 ans ;
- accidents en relation avec l'utilisation d'un avion à moteur, autre qu'en tant que passager . -

### Article 34. Obligations

L'assureur (→3) n'accordera pas de couverture si la personne assurée (→6) ou le bénéficiaire (→7) en cas de décès de la personne assurée, n'a pas rempli les obligations qui suivent et qui par conséquent nuisent aux intérêts de la Compagnie.

#### 34.1. Déclaration du sinistre

Dans le cas d'un accident (→16) la personne assurée(→6) ou en cas d'incapacité de celle-ci, le bénéficiaire (→7) ou le preneur d'assurance (→5) est obligé d'avertir la Compagnie le plus tôt possible, mais au plus tard 30 jours après la survenance du sinistre.

Dans le cas d'un décès, la Compagnie devra être avertie au plus tard 48 heures avant l'enterrement ou la crémation pour lui permettre de déterminer la cause du décès. Le preneur d'assurance et le bénéficiaire seront obligés de collaborer pleinement.

#### 34.2. Obligations de la personne assurée (→6) après un accident. (→ 16)

La personne assurée est obligée de :

- chercher au plus vite du secours médical et de faire tout ce qui est possible pour limiter au maximum le dommage et les conséquences causés par l'accident ;
- se faire examiner par un médecin conseil désigné par la Compagnie;
- fournir tous les détails nécessaires à la Compagnie ou aux experts désignés par celle-ci et de ne pas omettre de faire part de tous faits et circonstances qui pourraient être importants pour la détermination du taux d'invalidité permanente (→ 22).

#### 34.3. Obligations du preneur d'assurance (→5)

Le preneur d'assurance est obligé de donner sa pleine collaboration à la personne assurée (→6) pour l'accomplissement de ses obligations précitées.

C'est également l'obligation du preneur d'assurance d'avertir la Compagnie dans les trente (30) jours de sa survenance d'une naissance. Dans ce cas la couverture prendra effet à la date de naissance pour autant que tous les autres enfants de la famille susceptibles d'être couverts par la présente garantie le sont effectivement.

### Article 35. Règlement des sinistres

#### 35.1. Droit à l'indemnité en cas de décès

Le droit à l'indemnité prend effet lorsque la personne assurée (→6) est décédée des suites directes d'un accident (→16).

Si dans le cadre de ce même accident, un montant a déjà été payé pour une invalidité permanente (→22), le montant déjà versé sera déduit du montant à payer pour le décès.

#### 35.2. Droit à l'indemnité en cas d'invalidité permanente (→22)

Le droit à l'indemnité prend effet lorsque la personne assurée (→6) est en invalidité permanente des suites directes d'un accident (→16). Le montant d'indemnité sera déterminé sur base d'un pourcentage du forfait assuré correspondant au degré d'invalidité (voir article 35.4)

Si avant la consolidation de l'invalidité permanente, la personne venait à décéder plus d'un (1) mois après l'accident, le droit à l'indemnité continuera d'exister. Le montant sera dans ce cas déterminé sur base de rapports médicaux et dans la supposition que la personne ne soit pas décédée.

### **35.3. Droit à l'indemnité en cas de survenance d'une maladie grave (→19)**

Le droit à l'indemnité prend effet lorsque la personne assurée (→6) a reçu un diagnostic définitif correspondant à une des maladies graves reprises dans la liste et qui est incurable.

Si avant la fixation du diagnostic définitif, la personne venait à décéder, le droit à l'indemnité continuera d'exister si la Compagnie est avertie au moins 48 heures avant l'enterrement ou la crémation du défunt.

### **35.4. Détermination du pourcentage de l'indemnité**

Le degré d'invalidité permanente (→ 22) sera déterminé par le médecin conseil désigné par la Compagnie, dès la date de consolidation.

Le médecin conseil déterminera le pourcentage de perte fonctionnelle d'une certaine partie du corps ou d'un organe, et/ou le pourcentage de perte fonctionnelle du corps dans son ensemble, en référence à des standards objectifs à l'aide de la dernière édition du «Barème Officiel Belge des Invalidités» (BOBI).

Cette perte fonctionnelle sera déterminée sans tenir compte des prothèses et appareils externes. Par contre, si des prothèses et appareils ont été implantés, la diminution de la perte fonctionnelle obtenue par l'utilisation de celles-ci, sera portée en diminution du pourcentage.

Le montant d'indemnité sera proportionnel au pourcentage de la perte fonctionnelle.

### **35.5. Indemnités cumulatives**

Si différents accidents (→ 16) ou maladies surviennent à une personne assurée (→6) durant la durée du contrat, la somme des indemnités n'excèdera jamais la limite totale mentionnée dans la Liste des Garanties.

### **35.6. Paiement de l'indemnité**

Le montant sera payé au bénéficiaire (→7). Celui-ci est la personne assurée (→6) elle-même, ou en cas de son décès, ses héritiers ou ayant-droits à parts égales, sauf mention contraire dans les conditions particulières (→2) du contrat.

## **Article 36. Fin de la garantie**

Sauf mention contraire reprise dans les conditions particulières (→2) du contrat, la garantie « Accident et maladies graves» prendra automatiquement fin à la première date d'échéance (→12) qui suit le 65ième anniversaire de la personne assurée (→6).

### **36.1. Garantie de non-résiliation**

Les personnes assurées (→6) par cette garantie bénéficient d'une garantie de non-résiliation jusqu'à leur 60ième anniversaire. Ceci signifie que la Compagnie n'a pas le droit de résilier ce module sauf en cas de non-paiement ou en cas de tentative de/ou présentation fautive intentionnelle des faits.

Toutefois, la Compagnie se réserve le droit de résilier cette garantie en cas de résiliation par le preneur de l'assurance des garanties de base (Soins de santé et Assistance).

Dans le cas d'une aggravation de risque dû à un changement d'activité professionnelle ou d'un déménagement vers une région plus dangereuse, la Compagnie se réserve le droit d'adapter la prime en fonction de la nouvelle situation ou de résilier la garantie. Le preneur d'assurance (→5) a le droit de résilier le contrat s'il n'est pas d'accord avec la nouvelle prime, en respectant un délai de résiliation de trente (30) jours qui suivent l'annonce par la Compagnie de l'augmentation tarifaire.

## Conditions générales propres au module 4 : Revenu Garanti

### Article 37. Acceptation du risque

Sont acceptables pour la souscription les personnes qui :

- sont saines de corps et d'esprit à la date de prise d'effet du contrat (→11) ;
- sont âgées d'au moins 18 ans et plus jeunes que 56 ans ;
- exercent une activité professionnelle et bénéficient d'un revenu professionnel ;
- ont souscrit les modules de base Soins de santé et Assistance.

#### 37.1. Changement d'activité professionnelle

Tout changement d'activité professionnelle d'une personne assurée (→6) doit être signalé à la Compagnie dans les trente (30) jours.

Si ce changement n'entraîne pas un risque aggravé pour la Compagnie, la couverture continuera sans modification.

Si par contre, la nouvelle situation engendre un accroissement du risque pour la Compagnie, la prime et les nouvelles conditions de couverture pourront être adaptées. Le preneur d'assurance (→5) aura alors le droit de mettre fin à la garantie en respectant un délai comme prévu à l'article 3.2.1. des conditions générales.

Si la modification n'est pas acceptable par la Compagnie, celle-ci pourra limiter sa couverture ou même mettre fin à la garantie en observant un délai de préavis de trente (30) jours.

Aussi longtemps qu'un changement acceptable n'a pas été transmis ou que la couverture n'a pas été ajustée au nouveau risque, l'indemnité sera réduite proportionnellement au rapport entre l'ancienne et la nouvelle prime.

### Article 38. Etendue de la couverture

L'assurance incapacité de travail garantit une rente en cas d'incapacité due à un accident (→16), une maladie, une lésion ou une grossesse compliquée. Le montant de la rente dépend du degré d'incapacité.

### Article 39. Exclusions

Complémentaire aux exclusions mentionnées dans l'article 6 des conditions générales du contrat, aucune indemnité ne sera due pour une incapacité causée par ou concernant :

- tout fait intentionnel d'une personne assurée (→6) ;
- un état de santé de la personne assurée qui préexistait au moment de la souscription du contrat, sauf si cette situation était connue et acceptée par la Compagnie d'assurance, et mentionnée aux conditions particulières (→2) de la police, ou si cette situation est la résultante d'un accident (→ 16) pour lequel la Compagnie a déjà payé des indemnités ou est tenue à le faire ;
- Désordres mentaux, quelle qu'en soit la cause, sauf :

- ceux dont le diagnostic est basé sur des symptômes organiques ;
- si ces désordres sont connus et ont été acceptés par la Compagnie, mentionnés aux conditions particulières (→2) de la police ;
- s'ils sont la résultante d'un accident ou maladie pour lesquels la Compagnie a déjà payé des indemnités ou est tenue à le faire ;
- accidents survenus à une personne assurée lors de l'utilisation d'une moto d'une capacité de 50cc et plus, si la personne assurée n'a pas atteint l'âge de 25 ans ;
- accidents en relation avec l'utilisation d'un avion à moteur, autre qu'en tant que passager.

### Article 40. Obligations

L'assureur (→3) n'accordera pas de couverture si la personne assurée (→6) et /ou le preneur d'assurance (→5), n'a pas rempli les obligations qui suivent et qui par conséquent nuisent aux intérêts de la Compagnie.

En cas de non accomplissement d'une obligation reprise dans le présent contrat, ayant pour conséquence d'empêcher la Compagnie d'évaluer clairement le risque ou le sinistre, elle pourra annuler en tout ou en partie le droit à la garantie et se réservera le droit d'exiger les remboursements des montants indûment payés. Dans ce cas, la Compagnie pourra résilier la garantie.

L'assurance incapacité sera nulle en cas d'omission intentionnelle ou déclarations fautives qui mènent à une évaluation fautive du risque.

#### 40.1. Déclaration du sinistre

En cas d'incapacité de travail, la personne assurée (→6) est obligée d'avertir la Compagnie le plus tôt possible, mais au plus tard dans les 30 jours après la survenance d'un accident (→ 16), d'une maladie ou d'une grossesse compliquée pour laquelle le droit à une indemnité pourrait être attribuée.

Un rapport qui précise toute information concernant la cause, le début, l'évolution et les conséquences de l'incapacité, de même que le traitement subi et la description des activités professionnelles de la personne assurée, doit être envoyé à la Compagnie.

La Compagnie se réserve le droit d'exiger toute autre information nécessaire ou de désigner un médecin conseil pour examiner la personne assurée afin de déterminer le degré d'incapacité et des indemnités. Ses honoraires seront à charge de la Compagnie d'assurance. La personne assurée autorise au préalable tous les médecins traitants de communiquer toute information sur son état de santé au médecin conseil désigné par la Compagnie.

La Compagnie doit être informée dans le (1) mois après la survenance de tout changement du degré d'incapacité de travail ou lorsque la personne assurée est déclarée complètement guérie. La Compagnie adaptera dès lors immédiatement les indemnités au nouveau degré d'incapacité, sous réserve de tout droit d'exiger des

compléments d'informations ou des examens par des médecins désignés par la Compagnie.

Dans le cas du décès de la personne assurée (→6), le preneur d'assurance (→5) devra avertir la Compagnie le plus rapidement possible.

#### **40.2. Obligations de la personne assurée (→6) dans le cas d'un accident (→ 16), d'une maladie ou d'une grossesse compliquée.**

La personne assurée est obligée de :

- chercher au plus vite du secours médical et de faire tout ce qui est possible pour limiter au maximum le dommage et les conséquences;
- se faire examiner par un médecin conseil désigné par la Compagnie;
- fournir tous les détails nécessaires à la Compagnie ou aux experts désignés par celle-ci et de ne pas omettre de faire part de tous faits et circonstances qui pourraient être importants pour la détermination du niveau d'incapacité de travail ;
- d'informer la Compagnie de tous séjours temporaires à l'étranger (→32) de plus de 90 jours.

#### **40.3. Obligations du preneur d'assurance (→5)**

Le preneur d'assurance est obligé de donner sa pleine collaboration à la personne assurée (→6) pour l'accomplissement de ses obligations précitées.

### **Article 41. Règlement des sinistres**

#### **41.1. Droit à l'indemnité**

Le droit à l'indemnité naît :

- lorsque le degré d'incapacité de la personne assurée (→6) est égal ou supérieur à 25% ;
- une fois que le délai de carence (→ 14) est atteint ;
- une fois que les documents mentionnés à l'article 40 ont été délivrés ;
- à condition que la personne assurée ait atteint l'âge de 18 ans ou plus ;
- à condition que la personne assurée n'ait pas atteint l'âge de 60 ans lors du début de l'incapacité.

Le paiement de l'indemnité se fera proportionnellement au degré d'incapacité. Une fois que le degré d'incapacité atteint 67% ou plus, la Compagnie considère l'incapacité comme étant totale (→ 25) et la rente sera égale à 100% des montants assurés tels qu'ils sont mentionnés dans les conditions particulières (→2).

Le droit à la garantie prend fin :

- lorsque le degré d'incapacité n'atteint plus 25% ;
- au plus tard lorsque la personne atteint l'âge de 65 ans ;
- au moment du décès de l'assuré ;
- au moment de la résiliation de la garantie « rente d'incapacité de travail ».

#### **41.2. Détermination de l'incapacité**

Le degré d'incapacité de travail sera déterminé par le médecin conseil désigné par la Compagnie, dès qu'il est possible d'obtenir une consolidation de l'état de santé.

Le degré d'incapacité est déterminé sur base de critères physiologiques et économiques.

Le médecin conseil déterminera le pourcentage d'incapacité physiologique (→ 24), en référence à des standards objectifs et à l'aide de la dernière édition du « Barème Officiel Belge des Invalidités » (BOBI) .

Cette perte fonctionnelle sera déterminée sans tenir compte des prothèses et appareils externes. Par contre, si des prothèses et appareils ont été implantés, la diminution de la perte fonctionnelle obtenue par l'utilisation de celles-ci, sera portée en diminution du pourcentage.

Le degré d'incapacité économique (→23) sera déterminé en tenant compte des activités professionnelles de la personne assurée (→6) au moment de la déclaration, ainsi que de ses capacités de réadaptation à une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et son standing social, dans des conditions économiques normales.

Le montant de l'indemnité sera proportionnel au pourcentage le plus élevé des deux types d'incapacité.

#### **41.3. Délai de carence (→14)**

La durée du délai de carence est fixée aux conditions particulières (→2) du contrat. Durant cette période, aucune indemnité n'est due.

##### **41.3.1. Délai de carence en cas de rechute**

En cas de rechute, médicalement prouvée, dans les trois (3) mois qui suivent la fin de l'incapacité, la nouvelle incapacité sera considérée comme la continuation de l'incapacité initiale. Cela signifie que le délai de carence n'est plus d'application, sous condition que le délai de carence initial a été complètement consommé à la date de la rechute.

Au cas où le délai de carence n'est pas complètement consommé, le temps restant à parcourir débutera au moment où la rechute a été constatée.

Dans le cas d'une rechute dans un délai supérieur à trois mois après la fin de l'incapacité initiale, l'incapacité résultante sera considérée comme une nouvelle incapacité.

#### **41.4. Paiement des indemnités**

##### **41.4.1. Exonération des primes**

Durant l'incapacité et proportionnellement au degré de l'incapacité, le bénéficiaire n'est plus tenu de payer les primes de la garantie « rente d'incapacité ». L'exonération des primes est accordée jusqu'à la fin du droit à l'indemnité.

Toutefois, les primes sont dues aussi longtemps qu'aucune décision n'a été prise concernant le droit à l'indemnité et en tout état de cause pas avant que le délai de carence (→ 14) ne soit consommé. Dès que le droit à l'indemnité a été reconnu par la Compagnie, toutes les primes versées depuis le début de l'incapacité seront remboursées proportionnellement au degré et à la durée de l'incapacité.

##### **41.4.2. Rente d'incapacité**

Les indemnités de rente (temporaire) pour incapacité de travail sont payées à la fin de chaque mois, proportionnellement aux droits acquis, dans le courant de ce mois.

La rente mensuelle est soit constante (→56), soit revalorisée (→57) ou indexée (→58), en fonction de la formule choisie, et mentionnée aux conditions particulières (→2) du contrat.

## Article 42. Fin de la garantie

Sauf mention contraire reprise dans les conditions particulières (→2) du contrat, la garantie « Revenu Garanti » prendra automatiquement fin :

- à la date fixée aux conditions particulières (→2) du contrat ;
- à la première date d'échéance (→12) qui suit le 60<sup>ième</sup> anniversaire de la personne assurée (→6) .  
Néanmoins, si le droit à une indemnité a commencé avant cette date, les indemnités continueront à être versées, aussi longtemps que l'incapacité durera et au plus tard à l'âge de 65 ans ;
- par l'interruption de l'activité professionnelle de la personne assurée ou à la disparition de ses revenus professionnels, sauf si cette situation est due à la survenance d'un cas d'incapacité de travail assuré sous cette garantie.

### 42.1. Garantie de non-résiliation

Les personnes assurées (→6) par cette garantie bénéficient d'une garantie de non-résiliation jusqu'à leur 60<sup>ième</sup> anniversaire. Ceci signifie que la Compagnie n'a pas le droit à la résiliation de ce module sauf en cas de non-paiement ou en cas de tentative de/ou présentation fautive intentionnelle des faits.

Toutefois, la Compagnie se réserve le droit de résilier cette garantie en cas de résiliation par le preneur de l'assurance (→5) des garanties de base (Soins de santé et Assistance).

Dans le cas d'un accroissement de la rente (même après une diminution temporaire de la rente), la Compagnie a le droit de recommencer les formalités d'acceptation médicale et de refuser l'accroissement de rente demandée ou de l'accepter à des conditions spéciales.

Dans le cas d'une aggravation de risque dû à un changement d'activité professionnelle ou d'un déménagement vers une zone (→ 26) plus dangereuse, la Compagnie se réserve le droit d'adapter la prime en fonction de la nouvelle situation ou de résilier la garantie. Le preneur d'assurance (→5) a le droit de résilier le contrat s'il n'est pas d'accord avec la nouvelle prime, en respectant un délai de résiliation de trente (30) jours qui suivent l'annonce par la Compagnie de l'augmentation tarifaire.