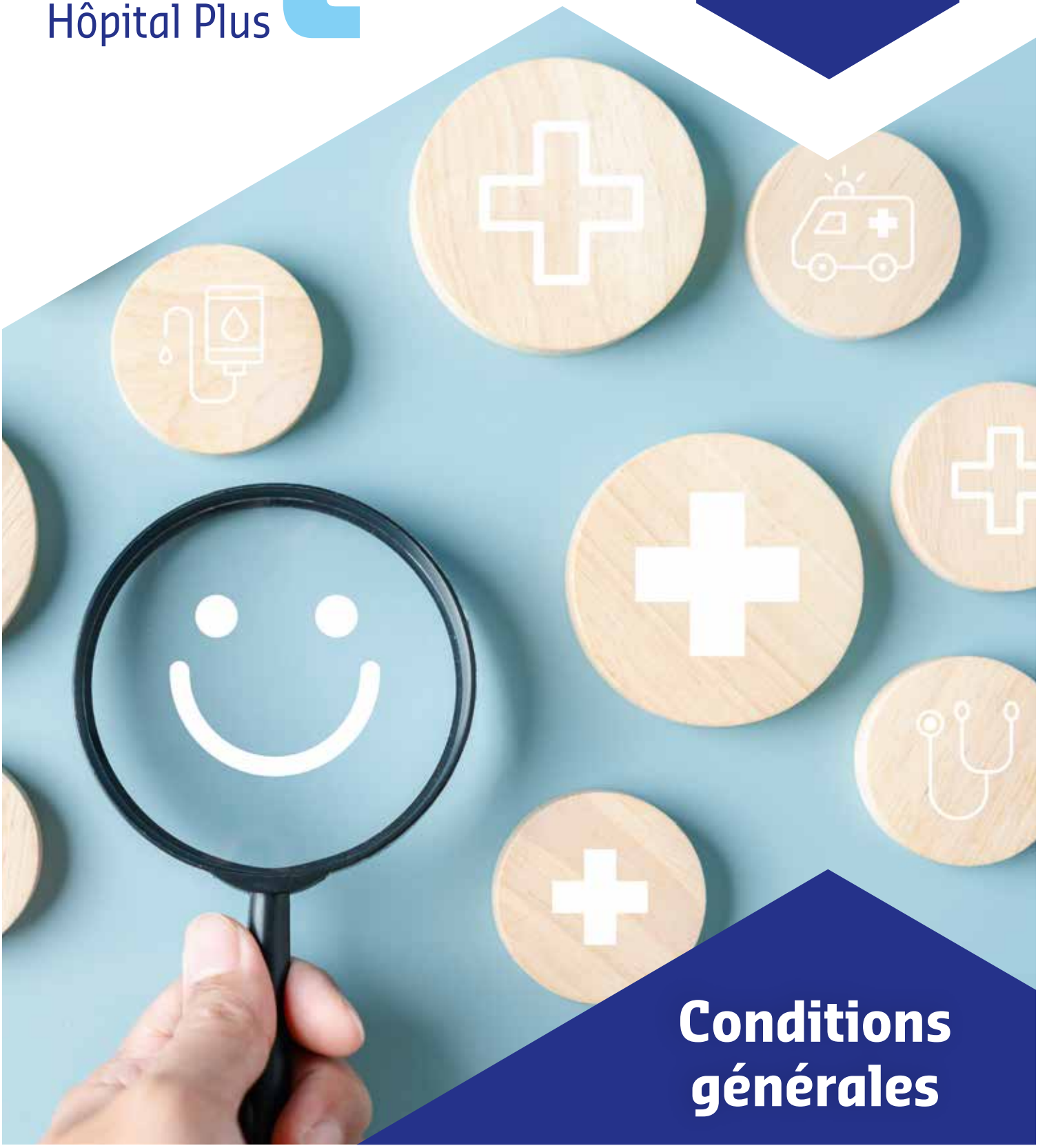
Hôpital Plus

2024



Conditions générales

Hôpital Plus
Continuité

TABLE DES MATIÈRES

1.	Notions et définitions	3
2.	Conditions d'affiliation	4
3.	Début, durée et fin du contrat	4
4.	Stage	6
5.	Garanties de l'assurance	6
6.	Limitation de la garantie : maladies, affections ou états préexistants	7
7.	Plafonds	7
8.	Demande d'intervention – prescription – expertise médicale	7
9.	Exclusions	8
10.	Primes	9
11.	Dispositions finales	10

1. Notions et définitions

Accident
Tout événement soudain qui occasionne une lésion physique et dont la cause (ou l'une des causes) est étrangère à l'organisme de la victime. Les lésions doivent être constatées par un médecin habilité à pratiquer soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de l'accident.

Année d'assurance
Une année d'assurance débute chaque année le jour où le contrat d'assurance a débuté, dure douze mois et se termine le jour de l'échéance annuelle.

Assurance continuité similaire
Une assurance continuité offerte par un autre assureur, soit une société mutualiste d'assurances (SMA), soit un assureur privé. Une autre assurance hospitalisation est similaire lorsque les primes, les plafonds annuels et les interventions éventuelles sont similaires à ceux d'Hôpital Plus Continuité. Hôpital Plus évalue s'il s'agit d'une assurance continuité similaire.

Assuré
La personne sur qui pèse le risque et qui est bénéficiaire du contrat d'assurance.

Assureur
La société mutualiste d'assurances (SMA) Hôpital Plus, siège social rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles, numéro d'entreprise 0471.459.194, agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités (OCM) sous le numéro 450/01 pour offrir des assurances sous les branches 2 (maladie) et 18 (assistance).

Contrat d'assurance
Contrat conclu entre la SMA Hôpital Plus en tant qu'assureur et le preneur d'assurance. Le contrat est composé des conditions générales et particulières de l'assurance. Le contrat est conclu au moment où l'assureur reçoit la police signée par le preneur d'assurance.

Date d'échéance
La date d'échéance annuelle du contrat d'assurance est la date à laquelle chaque année le contrat d'assurance vient à échéance. La prime annuelle pour la prochaine année d'assurance est due au plus tard à la date d'échéance annuelle.

Date de début du contrat
La date à laquelle le contrat entre en vigueur et le cas échéant, la date de début de la période de stage ou de l'entrée en vigueur des garanties du contrat. Cette date est mentionnée dans les conditions particulières et ne se situe jamais avant le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assureur reçoit la proposition d'assurance complétée et signée.

Écrit
L'ensemble d'un message en caractères alphanumériques apposé sur un support durable et accessible pour le preneur d'assurance. Il peut s'agir de documents au format papier ou électronique. Un écrit recommandé peut être envoyé au format papier par voie postale ou au format électronique par l'intermédiaire d'une boîte électronique authentifiée (eBox ou Doccle).

Hospitalisation
Une hospitalisation est tout séjour estimé médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, au moins une journée d'hospitalisation est portée en compte.

Hospitalisation de jour
Une hospitalisation sans nuitée pour une intervention chirurgicale pour laquelle le prix de la journée d'hospitalisation n'est pas porté en compte.

Intervention légale/ remboursement par l'assurance maladie obligatoire (frais à l'étranger)
Tout remboursement prévu par une convention/un traité passé(e) avec le pays en question en matière de sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut d'une telle convention ou d'un tel traité, le montant fictif égal au remboursement prévu par la législation belge applicable à ce travailleur salarié.

Intervention légale/ remboursement par l'assurance maladie obligatoire (frais en Belgique)
Toute indemnité dans le cadre de la législation belge en matière d'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités (régime général), d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Maladie, affection ou état préexistant (par ex. une grossesse)
Une maladie, une affection ou un état qui existait déjà avant la date de début du contrat d'assurance auprès d'une des assurances hospitalisation d'Hôpital Plus ou dont il peut être supposé logiquement qu'il/elle existait déjà avant la date de début du contrat.

Maladie ou affection
Toute atteinte à l'état de santé qui n'est pas la conséquence d'un accident et qui est reconnue par un médecin habilité à pratiquer soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où la maladie ou l'affection est constatée.

Notification
La communication d'une décision ou d'un fait d'une partie à l'autre. Les notifications entre les parties s'effectuent par voie postale ou par e-mail. Le preneur d'assurance accepte expressément ce moyen de communication. L'adresse électronique est celle qui est indiquée dans la proposition d'assurance. Le preneur d'assurance avertira l'assureur dans le cas où il souhaite utiliser une autre adresse e-mail.

Preneur d'assurance
La personne physique ayant signé le contrat. Le preneur d'assurance est le titulaire du contrat et est responsable du paiement des primes pour toutes les personnes assurées dans le contrat.

Prime annuelle
La prime due pour bénéficier pendant toute une année de la couverture des assurances d'Hôpital Plus. La prime annuelle est égale à douze fois les primes mensuelles reprises dans les présentes conditions générales. La prime annuelle est due à la date de l'échéance annuelle du contrat.

Prime de début
La prime correspondant à l'âge de l'affilié au moment où le contrat entre en vigueur.

Stage
La période qui commence à courir à la date de début du contrat et pendant laquelle l'assuré n'a pas droit aux interventions de l'assureur et dont la durée est déterminée dans les présentes conditions générales.

Clause
En cas de doute sur la signification d'une clause, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut. Si le preneur d'assurance et l'assuré ne sont pas une seule et même personne, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut.

2. Conditions d'affiliation

1.1
La personne physique désirant s'assurer auprès d'Hôpital Plus Continuité doit satisfaire de façon cumulative aux conditions suivantes :
- être inscrite en qualité de titulaire ou de personne à charge pour l'assurance maladie obligatoire et/ou les services complémentaires auprès d'une mutualité libérale qui fait partie de la SMA Hôpital Plus ;
- être en ordre de paiement de la cotisation pour les services complémentaires ;
- avoir conclu un contrat d'assurance pour Hôpital Plus Continuité ;
- être couverte par une assurance hospitalisation de groupe, offerte par l'employeur ou par un autre groupement .

1.2
La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut s'assurer à Hôpital Plus Continuité. La garantie du contrat est suspendue pour la même durée.

1.3
La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut s'assurer à Hôpital Plus Continuité et ne peut donc pas bénéficier de la couverture de cette assurance.

Elle ne peut s'assurer à Hôpital Plus Continuité et bénéficier de la couverture prévue dans ces conditions générales que si elle est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer ces cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période de 24 mois, cette personne perd sa qualité d'assuré de la SMA Hôpital Plus.

Cette période de 6 mois est suspendue :
1° lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
2° pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire en assurance complémentaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

2.
La personne physique désirant s'assurer auprès d'Hôpital Continuité doit le faire jusqu'au dernier jour précédant son 65e anniversaire.

3. Début, durée et fin du contrat

a) Début et durée du contrat
1.
Le contrat débute à la date de début spécifiée dans les conditions particulières, à condition que le/les candidat(s)-assuré(s) réponde(nt) aux conditions d'affiliation telles que reprises dans les présentes conditions générales.

Le contrat entre en vigueur au plus tôt le premier jour du mois suivant la signature de l'offre d'assurance et le paiement intégral de la prime de début. Le contrat auprès de la SMA Hôpital Plus ne peut jamais prendre cours avant le début de l'affiliation à l'une des mutualités libérales affiliées à la SMA Hôpital Plus. La prime de début est déterminée en fonction de l'âge au moment de l'entrée en vigueur du contrat.

2.
La garantie prend cours à la date de début du contrat à condition que le preneur d'assurance ait intégralement payé la prime de début avant le début du contrat.

S'il faut accomplir un stage, la date d'entrée en vigueur correspond au pre-

mier jour de la période de stage.

3.
La couverture d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de 3 ans qui n'est pas dispensé de la période de stage prend cours le premier jour du mois suivant la naissance ou l'adoption, à condition que la SMA reçoive la proposition d'assurance dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption et que la prime de départ soit payée au cours de la même période.

4.
Le paiement spontané d'une prime, sans y avoir été invité, ne donne pas lieu à la conclusion d'un contrat d'assurance.

b) Suspension et fin du contrat

1.
Le contrat d'assurance expire de plein droit dès que l'assurance collective de l'employeur arrive à échéance. Dans ce cas, le transfert vers Hôpital Plus doit être demandé dans un délai de 30 jours, à condition de respecter les conditions stipulées à la section 2.

2.
Le contrat d'assurance expire de plein droit dès que l'âge de 65 ans est atteint. Le transfert vers Hôpital Plus 200 doit être demandé au plus tard avant le 65e anniversaire. Il peut s'opérer sans période de stage, mais moyennant la présentation d'une attestation émanant de l'employeur qui prouve qu'à la date du transfert, l'assuré est affilié à l'assurance collective depuis au moins 6 mois.

Si la période de stage de 6 mois auprès d'Hôpital Plus Continuité n'est pas achevée, le transfert vers Hôpital Plus 200 est possible moyennant une période de stage qui correspond au nombre de mois restants.

En cas d'affiliation à Hôpital Plus Continuité depuis moins d'un an, les primes seront également augmentées pour les transferts à partir de 50 ans, sauf si cette affiliation découlait d'un transfert d'Hôpital Plus 200 à Hôpital Plus Continuité.

3.
L'assuré peut mettre fin au contrat à tout moment par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise d'une lettre de résiliation contre reçu. Il doit également respecter un préavis d'un mois à compter du jour suivant la notification ou la date du reçu ou, en cas de lettre recommandée, à compter du jour suivant son envoi.

Ce préavis ne s'applique pas si l'intéressé(e) opte pour une autre couverture hospitalisation de la SMA Hôpital Plus.

4.1
La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité d'assuré(e) de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à cet effet.

4.2
La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité d'assuré(e) de la SMA et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la SMA, même si elle était en ordre de paiement des primes pour la SMA.

Elle ne peut redevenir assurée de la SMA et bénéficier à nouveau de la couverture prévue dans ces conditions générales que si elle est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer ces cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période de 24 mois, cette personne perd sa qualité d'assuré(e) de la SMA.

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

5.
Le contrat prend fin de plein droit lorsque le titulaire assuré décède. Les héritiers légaux de l'assuré sont tenus d'en avertir la SMA Hôpital Plus au moyen d'un extrait d'acte de décès. Le cas échéant, la SMA Hôpital Plus rembourse la prime payée pour les mois restants de l'année d'assurance en cours.

6.
Le contrat d'assurance n'est pas unilatéralement résiliable par la SMA Hôpital Plus, sauf en cas de défaut de paiement.

Le non-paiement de la prime due au jour d'échéance peut constituer pour la SMA Hôpital Plus un motif de suspension de la couverture ou de résiliation du contrat d'assurance.

En cas de non-paiement de la prime, la SMA Hôpital Plus met l'assuré en demeure par lettre recommandée ou par exploit d'huissier pour non-paiement de la prime due dans un délai de minimum 15 jours, à compter du jour suivant la date du cachet de la poste de la lettre recommandée ou de l'exploit d'huissier. Cette mise en demeure mentionne également la date d'échéance de la prime, les conséquences du non-paiement de la prime dans le délai proposé

de minimum 15 jours et le début de ce délai. Enfin, cette mise en demeure stipule que la suspension de la couverture entrera en vigueur à partir du jour suivant la fin du délai de minimum 15 jours imparti pour le paiement.

Si, malgré cette mise en demeure, la prime reste impayée, une suspension effective de la couverture entrera en vigueur après l'expiration du délai précité de minimum 15 jours. Cette période de suspension dure également au minimum 15 jours.

En cas de suspension de la couverture :
- l'assuré ne peut prétendre à une intervention d'Hôpital Plus ;
- la suspension prend fin en cas de paiement des primes arriérées dans le délai imparti ;
- la SMA Hôpital Plus peut résilier le contrat d'assurance si la prime n'est toujours pas payée à l'échéance de la période de suspension.

Dans le dernier cas, la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de minimum 15 jours, à compter du premier jour de la suspension. La résiliation du contrat d'assurance par la SMA Hôpital Plus est confirmée par courrier ordinaire.

Le preneur d'assurance désaffilié pour défaut de paiement pourra se réaffilier dès lors qu'il aura payé toutes les primes dues. Il devra accomplir un nouveau stage d'attente avant de pouvoir à nouveau prétendre aux interventions d'Hôpital Plus Continuité.

Les primes impayées jusqu'à la date de résiliation restent redevables à Hôpital Plus avec une limite de deux primes annuelles consécutives.

4. Stage

a) Période de stage générale

La période de stage générale pour les nouveaux assurés auprès d'Hôpital Plus Continuité est de 6 mois et débute à la date de début du contrat.

La SMA Hôpital Plus n'est redevable d'aucune intervention pendant cette période de stage.

Lorsque des hospitalisations ont lieu pendant la période de stage, la durée de ces périodes d'hospitalisation est ajoutée à la période de stage.

b) Dispense de la période de stage

1.

La période de stage ne doit pas être accomplie :
- en cas d'accident, à condition que l'accident se soit produit après la date de début du contrat ;
- dans le cas des maladies contagieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, typhus et paratyphus, typhus exanthématique, choléra, variole, malaria, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos.

2.

Le stage ne doit également pas être accompli par les personnes qui, le jour précédant la date du début du contrat auprès de la SMA Hôpital Plus, avaient une assurance continuité similaire, soit par l'intermédiaire d'une entité mutualiste (SMA), soit par l'intermédiaire d'un assureur privé, à condition :
- qu'il n'y ait aucune interruption entre les deux périodes d'assurance ;
- que la personne concernée ait été assurée auprès de l'assurance précédente pendant au moins 6 mois et que ses primes aient été payées.

Si la personne concernée était assurée depuis moins de 6 mois auprès de l'assurance continuité, les mois complets d'affiliation sont déduits de la période de stage générale..

3.

La période de stage générale est annulée pour les nouveau-nés ou les enfants adoptés de moins de 3 ans, à condition que :
- l'un des parents de l'enfant est affilié depuis au moins 6 mois à Hôpital Plus Continuité, ou à une assurance continuité précédente similaire ;
- l'assurance soit souscrite dans les deux mois suivant la naissance ou l'adoption.

Si le parent était assuré pendant moins de 6 mois auprès de l'assurance continuité précédente, la durée d'assurance est déduite de la période de stage générale.

4.

La période de stage est suspendue en cas de détention. À la demande du preneur d'assurance, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus. Ces droits et obligations reprennent effet dès le premier jour du mois suivant la demande du preneur d'assurance de mettre fin à cette période de suspension, à condition que :
- l'assuré introduise sa demande dans les 90 jours qui suivent la disparition de la cause de la suspension ;
- l'assuré s'acquitte de ses primes dans les 15 jours suivant l'invitation à payer de la SMA.

5. Garanties de l'assurance

Hôpital Plus Continuité rembourse les frais qui restent à charge de l'assuré dans les limites définies dans les présentes conditions générales et sur la base du montant facturé. Ce remboursement ne tient pas compte des frais s'ils peuvent être couverts par:
- au titre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, visée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- au titre des législations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (loi du 10 avril 1971 et loi du 3 juin 1970 et les arrêtés d'exécution y afférents) ;
- au titre des règlements européens n° 1408/71, 547/72 et 883/04 ou

des conventions de sécurité sociale multilatérales ou bilatérales passées par la Belgique ;
- l'assurance complémentaire obligatoire des mutualités et/ou de l'Union nationale ;
- le service « soins urgents sur le lieu de séjour » des mutualités et/ou de l'Union nationale (Mutas) ;
- l'assureur hospitalisation collective.

Hôpital Plus Continuité prévoit une intervention en cas d'hospitalisation en Belgique ou à l'étranger et en cas d'hospitalisation de jour en Belgique. L'intervention atteint au maximum 10 EUR par journée d'hospitalisation et ne peut jamais dépasser le solde qui reste à charge de l'assuré après l'intervention de l'assurance hospitalisation de l'employeur. Le remboursement est calculé sur la base du paiement de l'intervention de cette assurance.

6. Limitation de la garantie : maladies, affections ou états préexistants

Le médecin-conseil de la SMA Hôpital Plus peut – en cas de maladie, affection ou état préexistant, pour les hospitalisations qui s'y rapportent directement – décider de limiter la garantie, à savoir en excluant les suppléments de chambre et d'honoraires si la personne concernée a opté pour une chambre particulière. Cette limitation est appliquée ultérieurement, lors du transfert d'Hôpital Plus Continuité à Hôpital Plus 200. Elle ne peut être appliquée que pendant les 5 premières années du contrat.

7. Plafonds

1.
Hôpital Plus Continuité prévoit une intervention en cas d'hospitalisation en Belgique ou à l'étranger et en cas d'hospitalisation de jour en Belgique. L'intervention atteint au maximum 10 EUR par journée d'hospitalisation et ne peut jamais dépasser le solde qui reste à charge de l'assuré après l'intervention de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur.

Le remboursement est calculé sur la base de la facture de l'hôpital et du paiement de l'intervention de cette assurance collective.

2.
L'intervention est uniquement due en cas d'hospitalisation dans un des services hospitaliers suivants :
- 190 N(n)
  soins néo-natals non intensifs,
- 200 B
  traitement de la TBC,
- 210 C
  diagnostic et traitement chirurgical,
- 220 D
  diagnostic et traitement médical,
- 230 E
  pédiatrie,
- 240 H
  hospitalisation simple,
- 640 S4
  service affections chroniques nécessitant des soins palliatifs,
- 250 L
  maladies contagieuses,
- 260 M
  maternité,
- 270 NIC (N)
  soins néo-natals intensifs,
- 290
  traitement de grands brûlés,
- 320
  clinique de jour chirurgie,
- 490 I
  soins intensifs.

3.
L'intervention d'Hôpital Plus Continuité est limitée à 180 jours d'hospitalisation par année d'assurance dans l'un des services hospitaliers suivants :
- 300 G
  service de gériatrie et de revalidation,
- 340 K
  service de neuropsychiatrie infantile,
- 370 A
  service neuropsychiatrique (jour et nuit),
- 410 T
  service psychiatrique (jour et nuit),
- 610 S1
  service des affections cardio-pulmonaires,
- 620 S2
  service des affections locomotrices,
- 630 S3
  service des affections neurologiques,
- 650 S5
  service des polypathologies chroniques avec soins médicaux prolongés,
- 660 S6
  service des affections psycho-gériatriques,
- 690 S9
  service des affections chroniques.

8. Demande d'intervention – prescription – expertise médicale

1.
L'assuré doit, dès que possible et en tout cas dans un délai de trois ans, transmettre à la SMA l'original ou la copie du paiement de l'assurance hospitalisation collective et la facture de l'hôpital.

La SMA ne peut se prévaloir du non-respect de ce délai pour la déclaration du sinistre s'il s'avère que la déclaration a été faite le plus rapidement possible.

2.
En vue de la détermination des circonstances et de l'ampleur du dommage, l'assuré transmet au plus vite tout renseignement utile à la SMA Hôpital Plus et répond à toute question qui lui est posée à ce sujet.

3.
En vue de l'obtention d'une intervention conforme aux présentes conditions générales, l'assuré remplit un formulaire de demande d'intervention, au format papier ou éléctronique, et joint

l'original ou la copie du décompte de l'assurance hospitalisation collective, avec une copie des factures de l'hôpital.

L'assuré doit expressément :
- dater et signer le formulaire de demande ;
- joindre toutes les pièces justificatives ;
- vérifier et compléter le numéro de compte sur lequel doit être versée l'intervention.

La SMA Hôpital Plus peut toujours réclamer des pièces justificatives supplémentaires si elle les estime nécessaires à l'évaluation de la demande d'intervention.

4.
La demande d'intervention doit être introduite dans les trois ans à compter du jour du dommage, sauf si l'assuré peut prouver qu'il n'a eu connaissance du dommage qu'à une date ultérieure. Dans ce cas, le délai de prescription de trois ans ne débute qu'à partir du moment de la notification du dommage. Ce délai vient en tout cas à échéance cinq ans après le dommage, sauf en cas de fraude.

La prescription ne court pas contre l'assuré, le bénéficiaire ou la victime qui en raison d'un cas de force majeure se trouve dans l'impossibilité d'agir dans le délai prescrit.

Si le dommage a été déclaré dans les délais, la prescription est interrompue jusqu'au moment où la SMA Hôpital Plus notifie sa décision par écrit à l'assuré.

5.
Les interventions telles que stipulées dans les présentes conditions générales sont uniquement octroyées sous réserve du droit dont dispose la SMA Hôpital Plus de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'assuré par un médecin qu'elle a reconnu. Le médecin choisi par l'assuré fournit au médecin mandaté par la SMA Hôpital Plus, qui en fait la demande, les déclarations médicales nécessaires à l'exécution de ce contrat.

En cas de litige entre le médecin de l'assuré et celui de la SMA Hôpital Plus, les deux parties désignent un médecin tiers afin d'arriver à une décision. Au cas où les deux parties ne parviennent pas à un accord concernant le médecin tiers à désigner, le choix sera fait par le président du tribunal de première instance du domicile de l'assuré. La décision du médecin tiers est sans appel. Les frais relatifs à sa désignation et ses honoraires sont supportés par les deux parties à concurrence de la moitié par chacune d'elles.

9. Exclusions

1.
Hôpital Plus Continuité ne peut intervenir que lorsque l'assurance hospitalisation collective du travailleur intervient pour une hospitalisation en Belgique ou à l'étranger ou pour une hospitalisation de jour en Belgique.
Les dommages ou frais découlant des cas suivants ne sont pas couverts par les garanties d'Hôpital Plus Continuité :
- les accidents ou maladies ne pouvant être constatés par un examen médical ;
- les accidents ou maladies ne pouvant être attestés par une prescription médicale ;
- les traitements esthétiques et les cures de rajeunissement, sauf les frais des interventions chirurgicales réparatoires à la suite d'une maladie ou d'un accident assurés ;
- les maladies ou accidents ayant une origine de cause à effet à la suite d'une intoxication alcoolique, d'un état d'ébriété, de l'usage de produits dopants, de narcotiques ou de stupéfiants sans prescription médicale, sauf si l'assuré peut prouver qu'il les a pris par ignorance ou sous la contrainte d'un tiers ;
- les maladies ou accidents en conséquence d'alcoolisme, de dépendance ou d'usage abusif de médicaments ;
- la stérilisation, les traitements contraceptifs, l'insémination artificielle et la fécondation in vitro (FIV) ;
- les échauffourées, guerres civiles ou autres actes de violence d'origine politique, idéologique ou sociale qui vont de pair ou non avec la révolte contre l'autorité ou toute autre autorité reconnue, sauf si l'assuré n'y a pas participé activement ou a agi en légitime défense ;
- les activités sportives payées, les exercices d'activités aériennes ou motorisées et l'exercice d'activités sportives dangereuses, y compris l'entraînement ;
- les actes intentionnels de l'assuré, sauf s'il peut prouver qu'il a agi dans l'intention de sauver des personnes ou des biens. L'acte intentionnel sera retenu si l'assuré s'est rendu sciemment et volontairement coupable d'un acte ayant causé des dommages prévisibles. Toutefois, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait également eu l'intention de causer les dommages tels qu'ils se sont produits ;
- les délits ou crimes, actes téméraires, paris ou défis ;
- les suites directes ou indirectes de produits radioactifs ou de l'accélération artificielle de particules atomiques, à l'exception de l'utilisation de produits radioactifs pour des raisons médicales ;
- les mutilations volontaires, le suicide ou les tentatives de suicide ;
- les accidents où l'assuré fait partie de l'équipage d'un véhicule aéroporté ou exerce, pendant le vol, des activités professionnelles ou autres relatives à l'appareil ou au vol.

2.
Hôpital Plus Continuité n'octroie également pas d'interventions pour :
- toutes les prestations et dépenses pour lesquelles aucune intervention légale de l'INAMI n'est prévue, sauf disposition contraire dans les présentes conditions générales ;
- les semelles orthopédiques, les chaussures orthopédiques, les le-

vants de pied, les voiturettes et accessoires, les bandages pour hernies, les ceintures abdominales, les lombostats, qu'il y ait ou non une intervention de l'INAMI ;
- les dispositifs médicaux non enregistrés, les produits diététiques et hygiéniques, les articles infirmiers, les réactifs et les médicaments homéopathiques ;
- les frais avant et après l'hospitalisation relatifs à l'hospitalisation qui ont été pris en charge par l'assurance hospitalisation collective fournie par l'employeur ou par un autre groupement et qui, après l'intervention de cette assurance, restent à charge de l'assuré.

3.
Hôpital Plus Continuité n'intervient pas dans les frais de cure, sauf si les conditions suivantes sont remplies de façon cumulative :
- le traitement est de nature thérapeutique ;
- le traitement est dispensé dans une institution qui répond aux conditions déterminées à cet effet ;
- la SMA Hôpital Plus a accordé son accord écrit préalablement au traitement.

Aucune intervention n'est prévue pour la tuberculose, sauf pour un traitement en sanatorium.

10. Primes

1.
Toute personne assurée auprès d'Hôpital Plus Continuité, doit payer une prime. Cette prime est redevable par année d'assurance, mais peut être réclamée par période de trois mois. La prime est unique et indivisible et doit être payée selon la périodicité convenue.

La prime est une dette quérable. Lorsque la prime n'est pas payée directement à la SMA Hôpital Plus, le paiement de la prime à un tiers est libératoire si ce dernier a effectivement réclamé le paiement dans le cadre d'un mandat spécial entre le tiers et la SMA Hôpital Plus.

2.
Le preneur d'assurance qui désire payer les primes par virement recevra annuellement ou trimestriellement un formulaire de virement l'invitant à payer la prime annuelle ou trimestrielle pour la prochaine année d'assurance due ou le prochain trimestre dû, au plus tard le jour de l'échéance du contrat d'assurance.

Le preneur désirant payer la prime par domiciliation le fera par trimestre ou par an. Le paiement est dû le jour de l'échéance annuelle ou dans les dix jours du trimestre selon le mode de paiement et la période de paiement choisis.

3.
La prime de début dépend de l'âge de l'assuré à la date du début du contrat. Au cas où le preneur d'assurance ne paierait pas la première prime au plus tard le dernier jour du premier mois du contrat d'assurance, la garantie ne sera pas activée.

Les augmentations de primes liées à l'âge entrent en vigueur à partir de la première échéance du contrat qui suit l'anniversaire donnant lieu à l'augmentation. Les taxes et impôts éventuels relatifs aux primes perçues sont exclusivement à charge du preneur d'assurance. Ils sont perçus avec la prime.

4.
À l'exception de l'indexation annuelle et après accord commun entre la SMA Hôpital Plus et l'assuré, la SMA ne peut plus modifier les primes après la conclusion du contrat, à la suite de l'article 204 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014. Une modification de la prime ne peut être effectuée qu'en faveur de l'assuré.

5.
Au 1er janvier de chaque année, la SMA Hôpital Plus peut adapter les primes sur la base de l'augmentation exprimée en pourcentage de l'indice des prix à la consommation (IPC) du mois de juillet des deux années précédentes. L'année de base de l'indice utilisé est 2013 (2013 = 100).

6.
En vertu de l'article 204, § 5 de la loi du 4 avril 2014, la SMA Hôpital Plus peut adapter ses primes de façon raisonnable et proportionnelle :
- aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins ;
- aux modifications du revenu de l'assuré en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité ;
- lorsque l'assuré change de statut dans le régime de sécurité sociale en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité obligatoire et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ce changement ait une conséquence significative pour les risques et/ou les frais ou l'étendue de la couverture assurée ;
- lorsqu'une augmentation réelle et significative du coût des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques couverts l'exige.

7.
Une exonération de la prime pour les enfants de moins de 8 ans est applicable, à condition :
- que l'un des parents soit assuré à la SMA Hôpital Plus ;
- que l'enfant et le parent soient assurés à Hôpital Plus Continuité.

L'exonération de la prime court jusqu'à la première échéance du contrat suivant le 8e anniversaire.

Les primes mensuelles, valables à partir du 1er janvier 2024, sont les suivantes :

Âge	Âge au moment de l'affiliation			
	0 - 49	50 - 54	55 - 59	≥ 60
0 - 19	€ 1,17	/	/	/
20 - 25	€ 1,17	/	/	/
26 - 29	€ 2,60	/	/	/
30 - 49	€ 2,60	/	/	/
50 - 54	€ 7,37	€ 7,85	/	/
55 - 59	€ 7,37	€ 7,85	€ 10,72	/
60 en ouder	€ 10,49	€ 12,34	€ 17,88	€ 25,27

11. Dispositions finales

1.
Si la SMA Hôpital Plus a procédé à l'intervention dans le dommage subi par l'assuré, elle intervient légalement à concurrence du montant de cette intervention dans les droits et les actions juridiques de l'assuré contre les tiers responsables, après en avoir notifié le(s) tiers. L'assuré s'engage à confirmer, si nécessaire, par écrit cette subrogation à la demande de la SMA Hôpital Plus.

Les dispositions que l'assuré prendrait le cas échéant avec le tiers responsable ou le service assureur, sans autorisation écrite de la SMA Hôpital Plus, n'y sont pas opposables, vu la subrogation.

Si par le fait de la personne lésée, la subrogation ne peut plus produire ses effets, la SMA Hôpital Plus peut réclamer à la personne lésée la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi. La subrogation ne peut nuire à la personne lésée qui n'aurait été indemnisée qu'en partie. Dans ce cas, elle peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, avec préséance sur Hôpital Plus.

Sauf en cas de malveillance, la SMA Hôpital Plus n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint, le cohabitant et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant au foyer de ce dernier, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

2.
L'assuré est lié par les dispositions de l'article 74 de la loi du 4 avril 2014, qui dispose que l'assuré doit respecter les délais de déclaration d'un dommage tels qu'ils sont définis dans le contrat d'assurance. L'assuré est en outre lié par les dispositions de l'article 75 de cette même loi, qui dispose que pour toute assurance visant un dédommagement en cas de sinistre, l'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou pour limiter les conséquences du sinistre. Lorsque l'assuré ne respecte pas ces dispositions dans une intention frauduleuse, la SMA Hôpital Plus a le droit de diminuer ses prestations ou de refuser la couverture si de ce fait un désavantage est occasionné à l'assureur.

L'assuré s'engage à accepter tous les écrits, notifications et mises en demeure qui lui sont envoyés par la SMA Hôpital Plus, que ce soit par e-mail ou par voie postale.

3.
Le preneur d'assurance et l'assuré sont obligés :
- d'introduire les notifications et les communications par écrit au siège social de la SMA Hôpital Plus ou d'une des mutualités libérales affiliées à la SMA Hôpital Plus ;
- de mettre le plus rapidement possible la SMA Hôpital Plus au courant lorsque les conditions du maintien du contrat d'assurance ne sont plus remplies ;
- d'informer le plus rapidement possible la SMA Hôpital Plus de l'existence d'un contrat couvrant partiellement ou totalement un risque identique ou similaire ;
- de fournir à la SMA Hôpital Plus tous les renseignements demandés.

Lorsque le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne satisfont pas à ces obligations et que cette lacune s'avère causer un désavantage après un sinistre pour la SMA Hôpital Plus, cette dernière peut réduire ses prestations en conséquence.

Le preneur d'assurance et l'assuré déclarent du fait de la signature de la proposition d'assurance qu'ils autorisent expressément la SMA Hôpital Plus à recueillir et traiter leurs données médicales et personnelles conformément aux dispositions de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques en ce qui concerne le traitement des données personnelles et le règlement général sur la protection des données (RGPD). La SMA Hôpital Plus peut utiliser leurs données médicales afin de conclure, de gérer et d'exécuter le contrat d'assurance conformément à ces finalités.

La SMA Hôpital Plus déclare que les informations et données médicales et personnelles ne sont recueillies, traitées et utilisées que pour la réalisation de ces finalités, les informations et données recueillies sont adéquates, pertinentes et non excessives. Toute utilisation de ces données aura lieu dans le respect de la législation belge

relative à la protection de la vie privée.

4.
La SMA Hôpital Plus est placée sous le contrôle de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM), qui lui a octroyé le droit d'offrir des assurances dans le sens des branches 2 et 18. L'OCM a octroyé à cette fin le numéro d'agrément 450/01 à Hôpital Plus.

La SMA est soumise aux lois et aux arrêtés d'exécution suivants :
- la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et ses arrêtés d'exécution ;
- la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
- la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ;
- les circulaires de la Banque Nationale de Belgique (BNB), la FSMA et les communications de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM).

5.
Toute plainte concernant les assurances de la SMA Hôpital Plus peut être adressée :
- à la direction effective de la SMA Hôpital Plus, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles ;
- à l'Ombudsman des assurances en Belgique, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, **www.ombudsman.as**.

6.
Les présentes conditions générales donnent une description des dispositions statutaires des assurances de la SMA Hôpital Plus telles qu'elles existent à partir du 1er juillet 2023. En cas de doute ou de litige concernant l'application des présentes conditions générales, seuls les statuts de la SMA Hôpital Plus ont force de loi. Ces statuts peuvent être consultés, sur rendez-vous, au siège social de la SMA Hôpital Plus, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles.

Hôpital Plus

Editeur responsable : Jan Vandeweerd, Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles - HP+C2 - janvier 2024