

DKV Daily Essential

Conditions Générales d'Assurance

81E
01.08.25

Table des matières

1.	Champ d'application	3
1.1	Qui est assurable ?	3
1.2	Qui est assuré ?	3
2.	Étendue de la garantie d'assurance	3
2.1	Où l'assurance est-elle valable ?	3
2.2	Qu'est-ce qui est assuré ?	3
2.2.1	Dispositions générales.....	3
2.2.2	Critères de remboursement	3
2.2.3	Stage	3
2.2.4	Franchise	4
2.3	Frais couverts par le plan d'assurance DKV Daily Essential	4
2.3.1	Traitement médical	5
2.3.2	Traitement paramédical	5
2.3.3	Médicaments	5
2.3.4	Dispositifs médicaux.....	5
2.4	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	5
3.	Cas d'assurance (aussi appelés "sinistres")	6
3.1	Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?	6
3.2	Modalités de détermination du droit aux prestations d'assurance	6
3.3	Modalités de prestation d'assurance	7
3.4	Règlement des divergences d'opinion	7
4.	Déroulement du contrat d'assurance	7
4.1	Début du contrat d'assurance et du plan d'assurance	7
4.1.1	Évaluation et acceptation du risque à assurer	7
4.1.2	Conclusion du contrat d'assurance et début de la garantie d'assurance	8
4.1.3	Durée du contrat d'assurance	8
4.2	Primes	8
4.2.1	Dispositions générales.....	8
4.2.2	Païement de la prime.....	9
4.2.3	Primes impayées	9
4.2.4	Adaptation de la prime et/ou des conditions d'assurance.....	9
4.3	Fin du contrat d'assurance et du plan d'assurance	10
4.3.1	Fin du contrat d'assurance.....	10
4.3.2	Fin du plan d'assurance.....	10
4.4	Droit à la continuation à la sortie du contrat d'assurance	10
4.5	Déclarations obligatoires	11
4.6	Protection de la vie privée	11
4.7	Dispositions finales	11
4.7.1	Droit applicable et juridiction	11
4.7.2	Gestion des plaintes	11
5.	Glossaire	12

Les mots repris en *caractères italiques* font référence à des termes pour lesquels une explication ou une définition concise est fournie au glossaire alphabétique situé à la fin de ce document.

Le contenu repris en **caractères gras** met en évidence des exclusions et/ou limites à la garantie d'assurance.

1. Champ d'application

Assurance individuelle soins de santé *ambulatoires*, à caractère indemnitaire, conformément à la législation belge applicable, en complément de toute *intervention légale/statutaire ou autre*. Cette assurance couvre les frais de soins de santé liés aux consultations et/ou traitements *ambulatoires*, tels que décrits ci-après.

1.1 Qui est assurable ?

Toute personne physique qui simultanément :

- n'a pas atteint l'âge de 70 ans au moment de la souscription du *plan d'assurance* ;
- a son *lieu de résidence* et sa *résidence principale* en Belgique, ce qui signifie qu'elle ne séjourne pas pendant plus de 90 jours consécutifs à l'étranger ;
- est assujettie à la sécurité sociale belge et en bénéficie.

Les nouveau-nés d'un *assuré* peuvent être assurés dès la naissance, sans examen médical du risque, dans tout *plan d'assurance similaire* à celui-ci et qui est activement commercialisé au moment de la naissance, pour autant que la demande d'affiliation soit effectuée, par écrit (en format papier ou digital), endéans les 60 jours suivant le jour de la naissance.

Le séjour effectif temporaire dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des territoires d'outre-mer) des étudiants de moins de 26 ans est couvert conformément à l'article 2.1, lorsqu'il est effectué en continuité de leurs études et cadre dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'une convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur. La durée maximale du séjour est de 6 mois, et l'*assuré* doit continuer à être soumis et à bénéficier de la couverture de sécurité sociale belge. À la demande de l'*assureur*, l'*assuré* (étudiant) fournit un certificat d'inscription de l'établissement d'enseignement supérieur à l'étranger indiquant la durée du séjour ainsi qu'une copie de sa carte européenne d'assurance maladie.

1.2 Qui est assuré ?

Sont assurées les personnes physiques, mentionnées sur la police, pour lesquelles l'*assureur* a reçu une *proposition d'assurance* qu'il a acceptée sur base de critères médicaux et techniques d'assurance. Elles bénéficient, à ce titre, du *plan d'assurance* souscrit dans le *contrat d'assurance*.

2. Étendue de la garantie d'assurance

L'étendue de la garantie d'assurance dépend du *plan d'assurance* souscrit.

2.1 Où l'assurance est-elle valable ?

Le *plan d'assurance* est valable pour les *cas d'assurance* survenant en Belgique. Dans le cas spécifique des *soins de santé ambulatoires urgents à l'étranger*, le *plan d'assurance* est valable dans le monde entier.

2.2 Qu'est-ce qui est assuré ?

2.2.1 Dispositions générales

Le *cas d'assurance* est établi par une consultation et/ou un traitement *ambulatoire* suite à la survenance d'un *accouchement*, d'un *accident* ou d'une *maladie*.

Le *cas d'assurance* débute avec une consultation et/ou l'instauration d'un traitement *ambulatoire* et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité médicale de traitement.

2.2.2 Critères de remboursement

Sauf mention contraire explicite dans le *plan d'assurance* souscrit, sont uniquement remboursés dans le cadre d'un *cas d'assurance*, les frais de consultations et/ou de traitements qui répondent simultanément aux conditions suivantes :

- ont un caractère *ambulatoire* diagnostique, curatif ou palliatif ;
- sont *scientifiquement et thérapeutiquement éprouvés* ;
- sont médicalement nécessaires et *efficaces* ;
- sont dispensés et/ou prescrits par un *prestataire de soins reconnu* ;
- sont encourus pendant la durée du *plan d'assurance*.

S'il est établi qu'un prestataire de soins reconnu poursuit une politique de facturation excessive ou discriminatoire, l'assureur se réserve le droit de ne pas intervenir à la suite des frais médicaux facturés par ce prestataire de soins reconnu, aussi longtemps que ladite politique est appliquée. Ceci sera communiqué par écrit (en format papier ou digital) à l'*assuré*.

L'*assuré* est libre de choisir son ou ses *prestataires de soins reconnus* pour une consultation et/ou un traitement *ambulatoire*.

2.2.3 Stage

Un stage général de 3 (trois) mois s'applique à ce *plan d'assurance*. Un stage prend cours à la date de début du *plan d'assurance*. Pendant un stage, l'*assureur* n'est pas redevable de prestation d'assurance.

Aucun stage ne s'applique lorsque le *plan d'assurance* débute à la naissance de l'*assuré*.

2.2.4 Franchise

Une *franchise*, dont le montant est déterminé dans la police, s'applique par *cas d'assurance* décrit à l'article 2.2.1 :

- par assuré ;
- par *année d'assurance*, en tenant compte de la date de la consultation et/ou du traitement *ambulatoire* dispensé. Si la date de début du *plan d'assurance* souscrit ne coïncide pas avec la *date d'échéance annuelle*, la *franchise* est appliquée au prorata du nombre de mois entre la date de début du *plan d'assurance* souscrit et la *date d'échéance annuelle* du *contrat d'assurance*.

2.3 Frais couverts par le plan d'assurance DKV Daily Essential

L'*assureur* intervient, par *cas d'assurance* et selon les modalités décrites ci-dessous, dans les frais réels supportés (*tickets modérateurs légaux* et *suppléments d'honoraires*) des consultations et/ou traitements *ambulateurs* qui restent à la charge de l'*assuré* après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires* ou *autres*.

Si une *intervention légale/statutaire* ou *autre* est soumise à une période de renouvellement ou à une limitation de la fréquence de *prestation* par l'*assurance obligatoire soins de santé* et indemnités, les mêmes règles sont d'application pour déterminer le droit aux prestations d'*assurance* de l'*assureur*.

L'*assureur* rembourse à 70 % les frais de santé liés aux consultations et/ou traitements *ambulateurs* tels qu'énumérés aux articles 2.3.1 à 2.3.4 et dans les limites prévues. Ce taux de remboursement est maintenu lorsqu'il n'y a pas de droit à une indemnisation par l'*assurance obligatoire soins de santé* et indemnités.

L'intervention de l'*assureur* ne peut jamais dépasser les frais réels supportés par l'*assuré*.

Pour les frais de logopédie et de *procréation médicalement assistée*, le remboursement par l'*assureur* est soumis à l'approbation préalable et au remboursement du traitement par l'*assurance obligatoire soins de santé* et indemnités.

L'intervention de l'*assureur* au titre des prestations énumérées aux articles 2.3.1 à 2.3.4 est limitée à €1.500 par *année d'assurance*.

RÉSUMÉ : COUVERTURE DES SOINS DE SANTE AMBULATOIRES		
L'intervention de l'assureur est limitée à €1.500 par année d'assurance. Quelle que soit la hauteur des interventions mentionnées dans ce tableau, elles seront réduites à concurrence du capital annuel disponible pour les payer.		
Prestations d'assurance	Prestations clés	Intervention de l'assureur (a)
1. Traitement médical (§2.3.1)	<ul style="list-style-type: none">- Consultations et prestations médicales auprès d'un médecin généraliste- Consultations et prestations médicales avec un médecin spécialiste (p. ex. un cardiologue, un pédiatre)- Imagerie médicale (p. ex. radiographies, scans, échographies) et la biologie clinique- Autres examens prescrits par et dispensés sous le contrôle prestataire de soins reconnu (p. ex. une gastroscopie)	70% (b)
2. Traitement paramédical (§2.3.2)	<ul style="list-style-type: none">- Consultations et prestations paramédicales avec des physiothérapeutes, des infirmières, des sages-femmes, des podologues et des logopèdes)	70% (b)
3. Médicaments (§2.3.3)	<ul style="list-style-type: none">- Produits pharmaceutiques allopathiques	70%
4. Dispositifs médicaux (§2.3.4)	<ul style="list-style-type: none">- Verres correcteurs de lunettes	70% jusqu'à €300 par cas d'assurance
(a) Les interventions de l'assureur concernent les frais réels encourus qui restent à charge de l'assuré après déduction de toutes les interventions légales/statutaires ou autres.		
(b) Le remboursement des frais de logopédie et de <i>procréation médicalement assistée</i> est soumis à l'approbation préalable et au remboursement du traitement par l' <i>assurance obligatoire soins de santé</i> et indemnités.		
Ceci est un résumé des garanties, veuillez consulter les paragraphes correspondants (§) pour tous les détails concernant les garanties/restrictions.		

2.3.1 Traitement médical

Cela comprend les coûts des *prestations médicales* suivantes :

- les consultations (p. ex. au cabinet, la visite à domicile, la consultation urgente, la consultation en dehors des heures normales de travail) et les traitements avec le *médecin généraliste*;
- les consultations et traitements auprès d'un *médecin spécialiste*. Un *médecin spécialiste* est un médecin qui se spécialise dans un domaine particulier de la médecine tel que (liste non exhaustive) la cardiologie, la dermatologie, l'oncologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, etc. **Les consultations et traitements liés aux soins dentaires (p. ex. dentiste, orthodontiste, parodontiste) ne sont pas couverts par ce plan d'assurance, mais peuvent être couverts par les assurances spécifiques soins dentaires de l'assureur ;**
- l'imagerie médicale (p. ex. radiographies, scans, échographies), la *biologie clinique* et tous les autres examens médicaux prescrits et dispensés sous le contrôle d'un *prestataire de soins reconnu* (p. ex. une gastroscopie).

2.3.2 Traitement paramédical

Sont compris les frais des *prestations paramédicales* suivantes : les consultations et/ou traitements au cabinet ou à domicile de l'*assuré* qui sont dispensés par un *prestataire de soins* autre qu'un *médecin généraliste* ou un *médecin spécialiste*. Les professions suivantes sont considérées comme paramédicales (liste exhaustive) :

- le *physiothérapeute* (kinésithérapeute) ;
- l'*infirmière* diplômée ;
- la *sage-femme* ;
- le *podologue* ;
- le *logopède*.

Les *prestations paramédicales* doivent toujours être prescrites par un *prestataire de soins reconnu*.

2.3.3 Médicaments

Cela comprend les coûts des produits pharmaceutiques allopathiques qui sont mentionnés sur une attestation (e-)BVAC (uniquement applicable en Belgique et pas à l'étranger), qui répondent aux critères énumérés à l'article 2.2.2, sont disponibles auprès d'une pharmacie reconnue et ne sont pas en vente libre.

Ces *médicaments* doivent toujours être prescrits par un *prestataire de soins reconnu*.

2.3.4 Dispositifs médicaux

Cela comprend uniquement les coûts des verres correcteurs de lunettes prescrits par un *prestataire de soins reconnu*. **Le remboursement est limité à €300 pour chaque cas d'assurance.**

Les verres de lunettes peuvent être remplacés tous les trois ans (c'est-à-dire trois années civiles complètes doivent s'être écoulées entre deux cas d'assurance similaires). Le remplacement peut avoir lieu plus tôt à condition que la dioptrie que la dioptrie ait changée d'au moins 0,5. **Les montures de lunettes, les verres non-correcteurs de lunettes (de soleil) et lentilles de contact ne sont pas couverts.**

2.4 Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Sont exclus de la couverture d'assurance du *plan d'assurance* DKV Daily Essential :

- a) Les frais de consultations et/ou de traitements *ambulatoires* encourus pendant les stages du *plan d'assurance* ;
- b) Les frais de consultations et/ou de traitements *ambulatoires* qui découlent :
 - d'un *accident* survenu avant la date de début du *plan d'assurance* ;
 - d'une *grossesse*, d'une *maladie* ou d'une affection qui existait déjà avant la date de début du *plan d'assurance* ou dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant la date de début du *plan d'assurance* ;
- c) Les frais de consultations et/ou de traitements *ambulatoires* qui découlent :
 - d'une *maladie* ou d'un *accident* survenant de la participation active de l'*assuré* à une guerre civile ou autre, à des émeutes, des actes de violence à caractère politique, idéologique ou social ;
 - de la participation volontaire de l'*assuré* à un délit, sauf en cas de légitime défense ;
 - d'un *acte intentionnel* ou d'un *acte téméraire* de l'*assuré*, sauf en cas de légitime défense de personnes ou de biens ;
 - de la pratique sportive professionnelle ou rémunérée, y compris l'entraînement ;
 - d'un acte de terrorisme commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
 - de l'alcoolisme, la toxicomanie, la consommation de produits dopants, l'utilisation de *médicaments* non conformes aux indications de la notice d'usage pour le patient et/ou à la prescription médicale, l'état d'ivresse, d'intoxication punissable ou un autre état analogue résultant de produits autres que les boissons alcoolisées, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement ;
 - des troubles dont la cause et les symptômes ne peuvent être objectivés médicalement, ou dont le traitement ou la thérapie ne s'impose pas d'un point de vue purement médical;

- d) Les frais de soins de santé autres qu'une consultation qui sont en lien avec une stérilisation, la contraception ;
- e) Les produits pharmaceutiques et tout autre type de produit librement disponible dans le commerce en général (entre autres les produits d'hygiène et cosmétiques, les vitamines, les minéraux et les compléments alimentaires) ;
- f) Les *soins esthétiques ambulatoires* et les frais de consultations et/ou de traitements *ambulatoires* découlant des *soins esthétiques ambulatoires*, à l'exception de la chirurgie plastique reconstructrice pour autant qu'un devis précis des coûts, établi par le *prestataire de soins reconnu*, soit approuvé au préalable par l'*assureur* ;
- g) Les soins dentaires, y compris les prothèses dentaires ;
- h) Les frais qui, conformément à la loi et aux règlements belges, ne peuvent pas être facturés.

L'*assureur* supporte la charge de la preuve pour toutes les exclusions et limitations du *plan d'assurance*.

3. Cas d'assurance (aussi appelés "sinistres")

3.1 Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

- Prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et limiter les conséquences d'un *cas d'assurance* ;
- Avant de demander une indemnisation à l'*assureur*, d'abord faire valoir les demandes d'indemnisation dans le cadre de toutes les *interventions légales/statutaires* ;
- Déclarer chaque *cas d'assurance* à l'*assureur*, de préférence via le portail client digital ou l'application sur smartphone mis à disposition par l'*assureur*, le cas échéant en utilisant les formulaires de déclaration spécifiques prévus et conformément aux consignes et au(x) délai(s) décrit(s). La copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification ou mise à jour manuscrite). L'*assureur* se réserve le droit de demander l'original à l'*assuré*, qui se doit de le conserver ou de supporter les frais éventuels d'un duplicata. Si les pièces justificatives (rapports ou certificats médicaux, facture ou note d'honoraires) ont été rédigées dans une langue autre que le français, le néerlandais ou l'anglais, l'*assureur* peut en demander la traduction de plein droit dans la langue du *contrat d'assurance*. Les frais de traduction seront à la charge de l'*assuré*. Les documents envoyés resteront en possession de l'*assureur* ;
- Signaler l'existence de tout autre accord couvrant un risque similaire ou identique, totalement ou partiellement. Un autre accord comprend notamment toute assurance hospitalisation individuelle ou collective, complémentaire à l'intervention de l'assurance maladie légale belge, qui rembourse les frais ambulatoires réels encourus avant et après une hospitalisation et/ou liés à des *maladies* dites "graves". Si le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* est en droit de réclamer l'indemnisation des frais réels encourus, l'*assureur* peut faire valoir les droits et les actions en justice du *preneur d'assurance* et/ou de l'*assuré* dans la limite de ses prestations d'assurance. Par conséquent, le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* ne peuvent renoncer à aucun droit de recours sans l'accord écrit préalable de l'*assureur*. Si, par les actions du *preneur d'assurance* et/ou de l'*assuré*, la substitution de l'*assureur* ne peut avoir aucun effet, l'*assureur* peut demander le remboursement de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi ;
- Le délai de prescription pour soumettre des frais d'un *cas d'assurance* est de 3 ans à compter de la date de traitement de la *prestation*.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

3.2 Modalités de détermination du droit aux prestations d'assurance

L'*assureur* ou la personne mandatée par lui, le *preneur d'assurance* et l'*assuré* collaborent ensemble afin de déterminer le droit aux prestations au moyen de toutes les informations utiles demandées :

- le *preneur d'assurance* et l'*assuré* donnent leur accord pour que l'*assureur* ou la personne mandatée par lui obtiennent les informations nécessaires et s'engagent à coopérer à la bonne exécution des mesures requises en matière d'information et d'enquête sur les circonstances et l'étendue du *cas d'assurance*, auxquelles le droit aux prestations donne lieu ;
- l'*assureur*, ou la personne mandatée par lui, peut subordonner le droit aux prestations à la présentation de preuves et/ou de documents médicaux supplémentaires qui objectivent le diagnostic posé et/ou la nécessité médicale du traitement. En outre, il a le droit de faire examiner à tout moment l'exactitude ou l'exhaustivité des déclarations et, si nécessaire, de demander des informations ou des données médicales supplémentaires à un médecin-conseil désigné par lui-même ;
- le médecin-conseil de l'*assureur* s'abstient de toute mesure disproportionnée, non pertinente et excessive dans le cadre de l'enquête sur le droit aux prestations. Seules les informations/données médicales pertinentes, qui se limitent à la description de l'état de santé initial au moment de la survenance du *cas d'assurance*, seront transmises au médecin-conseil de l'*assureur*.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

Les accords que le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* a conclus avec des tiers concernant des droits qui découlent de l'exécution du *contrat d'assurance* (p. ex. des accords avec des *prestataires de soins de santé reconnus* pour facturer des *suppléments d'honoraires* ou d'autres frais qui ne seraient pas conformes à la législation et à la réglementation belges) ne sont opposables à l'*assureur* qu'à partir de la date à laquelle l'*assureur* a approuvé ces droits.

Les frais ci-dessous, qui restent à charge du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré* :

- le montant dépassant le capital annuel assuré;
- les frais d'un *cas d'assurance* non couverts;
- les frais refusés par l'*assureur*.

seront récupérés.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de ces montants dus par le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* pour lesquels l'*assureur* met en demeure, par lettre recommandée, une indemnité forfaitaire est due.

Celle-ci est déterminée comme suit :

1. € 20, si le montant restant dû est inférieur ou égal à € 150 ;
2. € 30, si le montant restant dû est compris entre € 150,01 et € 500 ;
3. € 65, si le montant restant dû est supérieur à € 500.

Ces montants peuvent être indexés par arrêté royal sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Cette indemnité forfaitaire ne peut s'appliquer qu'après l'envoi d'une mise en demeure qui prend la forme d'un premier rappel et après l'écoulement d'un délai d'au moins quatorze jours calendrier, à compter du troisième jour ouvrable suivant l'envoi du rappel au *preneur d'assurance* ou à l'*assuré*. Lorsque le rappel est envoyé par voie électronique, le délai de quatorze jours calendrier prend cours le jour calendrier suivant le jour de l'envoi du rappel.

Si l'*assureur* ne verse pas au *preneur d'assurance* ou à l'*assuré* les frais couverts, une indemnité forfaitaire sera due, selon les mêmes modalités que celles mentionnées ci-dessus, à condition que le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ait mis l'*assureur* en demeure par lettre recommandée.

3.3 Modalités de prestation d'assurance

L'indemnité est versée sur le numéro de compte indiqué par le *preneur d'assurance* lors de la déclaration du sinistre et libère complètement l'*assureur* de toute poursuite pour paiement incorrect.

Le paiement s'effectue en euros. Les frais couverts de *soins de santé ambulatoires urgents à l'étranger* facturés en devise étrangère sont remboursés au taux de change moyen de la devise étrangère à la date de l'indemnisation.

L'*assureur* se réserve le droit de récupérer toute prestation indument payée. Le délai de prescription pour la réclamation est de 10 ans à compter de la date du paiement indu.

3.4 Règlement des divergences d'opinion

Tout litige concernant le droit aux prestations d'assurance doit être signalé à l'*assureur* par écrit (en format papier ou digital) dans un délai de 30 jours suivant la décision de l'*assureur* ou dès que raisonnablement possible.

L'*assuré* a le droit de soumettre les litiges de nature médicale à une expertise médicale à l'amiable comme précisé ci-après. La décision qui en résulte est définitive et contraignante pour les deux parties.

Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* d'une part et l'*assureur* d'autre part, désignent chacun un médecin-expert pour régler le litige. Si les deux médecins-experts ne parviennent pas à un accord, ils désigneront un troisième médecin-expert. Les trois médecins-experts prennent la décision à la majorité, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième médecin-expert est déterminant.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin-expert endéans les 14 jours après la demande de la partie adverse, ou si les deux médecins-experts ne s'accordent pas sur le choix du troisième médecin-expert, celui-ci est désigné par le président du Tribunal de première instance du *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré* à la demande de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin-expert, y compris tout examen ou acte médical supplémentaire que son médecin-expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise. La partie perdante supporte les frais et honoraires du troisième médecin-expert ainsi que les frais de sa nomination, y compris tout examen ou acte médical supplémentaire que le troisième médecin-expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

4. Déroulement du contrat d'assurance

4.1 Début du contrat d'assurance et du plan d'assurance

4.1.1 Évaluation et acceptation du risque à assurer

L'*assureur* est responsable de l'évaluation, de l'acceptation du risque à assurer et de la conclusion du *contrat d'assurance* au moyen des données personnelles et/ou médicales des personnes à assurer indiquées sur la *proposition d'assurance*, dument complétée et signée.

La *proposition d'assurance* consiste en un questionnaire administratif et médical pour chaque personne à assurer.

Toutes les circonstances connues et pertinentes, qui déterminent l'évaluation du risque à assurer, doivent être méticuleusement rapportées par le *preneur d'assurance* et par l'*assuré* jusqu'à la conclusion du *contrat d'assurance*, afin que le médecin-conseil de l'*assureur* puisse évaluer correctement le risque à assurer. Cela

s'applique également si les informations ont été fournies et/ou complétées par une personne mandatée par le *preneur d'assurance* et/ou par l'*assuré*.

Toute omission intentionnelle ou communication incorrecte dans les déclarations du *preneur d'assurance* et/ou de la personne à assurer, qui induit l'*assureur* en erreur dans l'appréciation du risque à assurer, rend le *contrat d'assurance* nul et non avenu, sans préjudice des *primes* déjà versées au moment où l'*assureur* a pris connaissance de l'omission intentionnelle ou de la communication incorrecte.

La *proposition d'assurance* n'engage ni le *preneur d'assurance* ni l'*assureur* à conclure le *contrat d'assurance*. Ce n'est que si l'*assureur* n'a pas notifié d'offre d'assurance dans les 30 jours suivant la réception de la *proposition d'assurance*, n'a pas soumis l'assurance à une demande d'information ou n'a pas refusé l'assurance, que l'*assureur* s'engage à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

Conformément à la législation belge applicable, l'*assureur* peut refuser d'assurer des personnes qui constituent un risque aggravé ou bien peut décider de les assurer à des conditions particulières ; si nécessaire, exclure certains risques de la garantie d'assurance et/ou facturer une *surprime* pour une *maladie* ou une affection qui existait avant la conclusion du *contrat d'assurance*. Celles-ci sont déterminées lors de l'émission de la police et de ses avenants et sont décrites dans les Conditions Particulières d'Assurance.

La décision d'acceptation est communiquée par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* tandis que la motivation est communiquée à l'*assuré*.

4.1.2 Conclusion du contrat d'assurance et début de la garantie d'assurance

Sauf convention contraire expresse, la conclusion du *contrat d'assurance* ne peut avoir lieu qu'à distance, via le portail de souscription numérique mis à disposition par l'*assureur* à cet effet.

Cela signifie que, jusqu'à la conclusion du *contrat d'assurance*, seulement une ou plusieurs techniques de communication à distance (p. ex. le courrier électronique, internet) sont utilisées, sans la présence physique et concomitante de l'*assureur* et/ou de l'intermédiaire d'assurance d'une part, et le *preneur d'assurance* d'autre part.

Le *contrat d'assurance* est conclu au moment de l'émission de la police.

La couverture d'assurance n'entrera en vigueur qu'après le paiement de la première *prime* annuelle complète ou de la prime partielle convenue dans le délai imparti. En aucun cas, le *plan d'assurance* ne prendra effet avant la date de début du *contrat d'assurance*, comme stipulé dans la police. En payant la première *prime* annuelle ou la *prime* partielle convenue, le *preneur d'assurance* et les *assurés* sont réputés avoir accepté les Conditions Générales et Particulières d'Assurance applicable à leur couverture (y compris les éventuelles exclusions et/ou *surprimes*).

L'*assureur* ne fournira aucune prestation d'assurance avant la date d'entrée en vigueur effective du *plan d'assurance*, pour autant que le stage ait pris fin.

Tant le *preneur d'assurance* que l'*assureur* peuvent se rétracter du *contrat d'assurance* conclu à distance sans pénalité et sans justification de motifs, par écrit (en format papier ou digital) et endéans les 14 jours aux adresses suivantes : 25 rue de Lozum à 1000 Bruxelles (format papier) ou contract-fr@dkv.be (format digital). Ce délai, pendant lequel le droit de rétractation peut être exercé, commence à courir à partir du jour où le *contrat d'assurance* est conclu, ou du jour où le *preneur d'assurance* a reçu la police et toutes les informations (précontractuelles) connexes sur un support de données durable, si cette seconde date est postérieure à la première.

La rétractation par le *preneur d'assurance* prend effet immédiatement au moment de la notification, tandis que la rétractation de l'*assureur* ne prend effet que 8 jours après sa notification.

Si le *contrat d'assurance* est rétracté par le *preneur d'assurance* ou par l'*assureur* et que, à la demande du *preneur d'assurance*, l'exécution du *contrat d'assurance* avait déjà commencé avant la rétractation, le *preneur d'assurance* est tenu de payer la *prime* au prorata de la période pendant laquelle la couverture d'assurance a été fournie.

À l'exception de cette *partie de la prime*, l'*assureur* rembourse le solde de la *prime* reçue du *preneur d'assurance*. Il dispose d'un délai de 30 jours pour ce faire, qui commence aux dates suivantes :

- à partir du jour où l'*assureur* reçoit la rétractation par le *preneur d'assurance* ;
- à partir du jour où l'*assureur* envoie la rétractation au *preneur d'assurance*.

4.1.3 Durée du contrat d'assurance

Conformément à la législation belge applicable, le *contrat d'assurance* est conclu à vie, sans préjudice des dispositions légales ou énoncées à l'article 4.3. et du droit de résiliation du *preneur d'assurance*.

4.2 Primes

4.2.1 Dispositions générales

Le *preneur d'assurance* est redevable de la totalité de la *prime* annuelle (pour tous les *assurés*) à la *date d'échéance annuelle*. En contrepartie, l'*assureur* s'engage à exécuter le *contrat d'assurance*.

Lors de la conclusion du *contrat d'assurance*, la *prime* annuelle est calculée selon :

- le *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* ;
- l'âge d'entrée de chaque *assuré*, obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours ;
- l'état de santé de chaque *assuré*.

Le tableau de *primes* est disponible dans les Conditions Particulières d'Assurance, dont il fait intégralement partie.

4.2.2 Paiement de la prime

La *prime* annuelle est payable annuellement et à l'avance. Elle doit être payée au plus tard à la date d'échéance, selon la périodicité convenue (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) stipulée dans la police, sur présentation d'un avis d'échéance ou d'une simple invitation à payer à la dernière adresse connue du *preneur d'assurance*.

Le paiement de la *prime* n'est pas exonéré après la survenance d'un *cas d'assurance* ni pendant celui-ci.

4.2.3 Primes impayées

En cas de non-paiement de la *prime*, l'*assureur* est en droit de résilier le *contrat d'assurance*, à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure par lettre recommandée. La totalité de la *prime* annuelle est payable de plein droit.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de la *prime*, le *preneur d'assurance* sera mis en demeure par lettre recommandée. Celle-ci appelle le *preneur d'assurance* à régler les arriérés de *primes* endéans les 15 jours à compter du lendemain de la date du dépôt de la lettre recommandée à la Poste. Cette lettre indiquera le début de ce délai, ainsi que les conséquences du non-paiement de la *prime* par le *preneur d'assurance*. Si le *preneur d'assurance* ne règle pas les arriérés de *primes* dans le délai imparti, la garantie de l'assurance sera automatiquement suspendue de plein droit à l'expiration du délai prévu dans la mise en demeure.

Si le *preneur d'assurance* n'a toujours pas payé la *prime* endéans un second délai de 15 jours courant à partir du premier jour de suspension, le *contrat d'assurance* sera résilié de plein droit. La résiliation du *contrat d'assurance* pour non-paiement de la *prime* prend effet à compter du jour suivant le jour où le délai précité prend fin.

Il n'y a aucun droit aux prestations pour les *cas d'assurance* survenant pendant la période de suspension. La garantie d'assurance reprend cours pour tous les *cas d'assurance* survenant après le paiement de toutes les *primes* impayées et échues, ainsi que des éventuels frais de recouvrement, par le *preneur d'assurance*, pour autant que le *contrat d'assurance* n'ait pas fait l'objet d'une résiliation comme mentionné à l'alinéa précédent.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de la *prime* due par le *preneur d'assurance* pour lequel l'*assureur* met en demeure par lettre recommandée, une indemnité forfaitaire est due.

Celle-ci est déterminée comme suit :

1. € 20, si le montant restant dû est inférieur ou égal à € 150 ;
2. € 30, si le montant restant dû est compris entre € 150,01 et € 500 ;
3. € 65, si le montant restant dû est supérieur à € 500.

Ces montants peuvent être indexés par arrêté royal sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Si l'*assureur* ne rembourse pas au *preneur d'assurance* les *primes* payées (en tout ou en partie), une indemnité forfaitaire sera due, selon les mêmes modalités que celles mentionnées ci-dessus, à condition que le *preneur d'assurance* ait mis l'*assureur* en demeure par lettre recommandée.

4.2.4 Adaptation de la prime et/ou des conditions d'assurance

La *prime* et les conditions d'assurance sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'*assureur* constitue sur base de critères actuariels et de souscription.

Pendant la durée du *contrat d'assurance*, la *prime* de chaque *assuré* est adaptée :

- à la *date d'échéance annuelle* sur base de la catégorie d'âge alors atteinte par l'*assuré* et du tarif déterminé pour cette catégorie d'âge ;
- à partir du premier jour du mois qui suit le changement du *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* et du tarif déterminé pour cette adresse.

Le *preneur d'assurance* ne peut pas invoquer l'adaptation de la *prime* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 4.3.1.

Conformément à la législation belge applicable, la *prime*, la *franchise* et/ou les prestations d'assurance peuvent également être adaptées à la *date d'échéance annuelle* jusqu'à concurrence maximum de l'un des indices publiés au Moniteur belge suivants :

- l'indice des prix à la consommation. Le taux d'indexation se calcule alors en comparant les indices des mois de juin de l'année civile en cours et précédente ; ou
- les indices médicaux spécifiques liés au type de soins *ambulatoires* couverts par les contrats d'assurance maladie privée, s'il apparait du tableau des indices médicaux spécifiques de l'année civile précédente que l'évolution dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. Cette adaptation peut être appliquée de manière différenciée par catégorie d'âge.

Ces adaptations sont notifiées par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* au plus tard à la *date d'échéance annuelle*. Elles ne peuvent être invoquées par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme indiqué à l'article 4.3.1.

Outre l'indexation annuelle, la *prime* et/ou les conditions d'assurance ne peuvent être adaptées après la conclusion du *contrat d'assurance* que par l'intervention des *autorités de contrôle*, si celles-ci déterminent ou si l'*assureur* les informe que, nonobstant l'indexation de la *prime*, le *plan d'assurance* est ou risque d'être déficitaire et que, conformément à la législation belge applicable, elles décident que l'*assureur* doit équilibrer ce *plan d'assurance*.

Cette adaptation est également notifiée par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* au plus tard à la *date d'échéance annuelle*. L'adaptation peut être invoquée par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 4.3.1. (2) et (3).

Si le *preneur d'assurance* ne résilie pas son *contrat d'assurance* conformément aux articles 4.3.1. (2) ou (3), l'adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance s'appliquera à tous les contrats en cours conformément aux délais et dispositions prescrits par la législation belge applicable.

4.3 Fin du contrat d'assurance et du plan d'assurance

4.3.1 Fin du contrat d'assurance

Le *contrat d'assurance* expire en cas :

- de résiliation par le *preneur d'assurance* par écrit (par lettre recommandée, par exploit d'huissier, ou par remise d'une lettre contre récépissé)
 - (1) à chaque *date d'échéance annuelle* moyennant un préavis de trois mois. La résiliation du *contrat d'assurance* prend effet à la *date d'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* ;
 - (2) endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance imposée par les *autorités de contrôle* faite au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du *contrat d'assurance* en cours. La résiliation du *contrat d'assurance* prend effet à la *date d'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* ;
 - (3) endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance imposée par les *autorités de contrôle* faite moins de 4 mois avant l'échéance annuelle du *contrat d'assurance* en cours. La résiliation prend effet après un mois à compter du lendemain de la notification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la Poste.
- de résiliation **par l'assureur** par lettre recommandée
 - (4) en cas de non-paiement des *primes*, comme décrit à l'article 4.2.3 second point.
- de déménagement à l'étranger : dès que le *preneur d'assurance* transfère son *lieu de résidence* ou sa *résidence principale* à l'étranger, le *contrat d'assurance* prend fin automatiquement. Le *preneur d'assurance* en sera informé par écrit.

4.3.2 Fin du plan d'assurance

Le *plan d'assurance* expire :

- pour tous les *assurés* à la fin du *contrat d'assurance* ;
- pour les *assurés* auxquels une circonstance décrite ci-après s'applique :
 - les conditions d'assurabilité (voir article 1.1) ne sont plus remplies ;
 - décès ;
 - sortie du *contrat d'assurance*, sans préjudice au droit de continuation individuelle (voir article 4.4) ;
 - fraude ou de tentative de fraude.

La garantie d'assurance prend fin en même temps que le *plan d'assurance*.

4.4 Droit à la continuation à la sortie du contrat d'assurance

Le *preneur d'assurance* informe l'*assureur* dans un délai de 30 jours, par écrit (en format papier ou digital), du moment où un *assuré* quitte le *contrat d'assurance* et de son nouveau *lieu de résidence* et *résidence principale*. Sur la base de ces informations, l'*assureur* soumet à l'*assuré*, dans les 30 jours, une offre de continuation du *contrat d'assurance*, avec effet au premier jour qui suit la fin du *plan d'assurance*.

Si l'*assuré* accepte l'offre d'assurance dans un délai de 60 jours par écrit (en format papier ou digital), le *contrat d'assurance* se poursuit de manière ininterrompue et sans nouvel examen médical du risque.

Le droit à la continuation s'éteint après l'expiration de ce délai et n'est pas d'application au cas où le *contrat d'assurance* expire par résiliation du *preneur d'assurance* ou de l'*assureur* comme prévu sous les articles 4.3.1. (1) à (4).

4.5 Déclarations obligatoires

Pendant la durée du *contrat d'assurance*, le *preneur d'assurance*, l'*assuré* ou la personne mandatée par lui sont tenus de:

- faire toutes les déclarations et communication à l'*assureur* par écrit (en format papier ou digital), à moins que le *contrat d'assurance* ne prévoise d'autres modalités de notification ;
- aviser l'*assureur* dans les meilleurs délais, de l'existence de tout autre accord couvrant un risque similaire ou identique, totalement ou partiellement ;
- aviser l'*assureur* dans les 30 jours de la date à laquelle les conditions pour maintenir le *contrat* ne sont plus réunies. En particulier :
 - tout changement de *lieu de résidence* ou de *résidence principale* du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré*;
 - tout séjour à l'étranger de plus de 90 jours consécutifs de la part de l'*assuré* ;
 - tout séjour temporaire de plus de 6 mois dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des territoires d'outre-mer) des étudiants de moins de 26 ans, lorsqu'ils sont effectués en continuité de leurs études et rentrent dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'une convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur (voir article 1.1) ;
 - tout changement de statut de sécurité sociale qui a pour conséquence que l'*assuré* n'est plus assujéti à la sécurité sociale belge et ne peut plus en bénéficier.

L'*assureur* peut résilier le contrat avec effet rétroactif au jour de la nouvelle situation s'il apparaît que, du fait du changement de situation, les conditions pour le maintien du *contrat d'assurance* ne sont plus remplies. Dans la mesure du possible, l'*assureur* formulera une proposition d'ajustement dans les 30 jours suivant la réception de cette déclaration, avec effet au premier jour du mois suivant le changement de situation.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

4.6 Protection de la vie privée

L'*assureur* traite les données personnelles et médicales du *preneur d'assurance* et de l'*assuré* uniquement dans le cadre des prestations d'assurance précitées, conformément à la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et au règlement 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles par DKV Belgium et vos droits, veuillez consulter la dernière version de notre Déclaration Vie Privée sur <https://www.dkv.be/fr/privacy>. Si vous souhaitez recevoir une copie papier gratuite de notre Déclaration Vie Privée, veuillez nous en faire la demande par courrier ou via <https://www.dkv.be/fr/vie-privee>.

4.7 Dispositions finales

4.7.1 Droit applicable et juridiction

Le droit belge s'applique à ce *contrat d'assurance*.

Tous les litiges relatifs à la conclusion, la validité, l'exécution, l'interprétation ou la dissolution du présent *contrat d'assurance* relèvent de la compétence exclusive des cours et tribunaux belges.

4.7.2 Gestion des plaintes

Toute plainte relative au *contrat d'assurance* ou la gestion d'un sinistre peuvent être adressées à DKV Belgium S.A. – Quality Control, 25 rue de Lozum, 1000 Bruxelles - (qualitycontrol@dkv.be).

Sans préjudice de la possibilité pour le *preneur d'assurance* d'engager une procédure judiciaire, le *preneur d'assurance* peut s'adresser à l'ombudsman de l'assurance, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles - (www.ombudsman-insurance.be, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman-insurance.be).

5. Glossaire

Accident

Événement soudain survenant indépendamment de la volonté de l'assuré et causant des lésions corporelles à l'assuré, dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de son organisme.

Accouchement

L'acte par lequel un enfant est né.

Acte intentionnel

L'acte intentionnel est l'acte volontaire et délibéré commis dans l'intention de causer un dommage.

Acte téméraire

Un acte téméraire est un acte risqué et imprudent qui est commis intentionnellement ou de manière imprudente.

Année d'assurance

La période de 12 mois à compter de la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

Assureur

DKV Belgium S.A., ayant son siège social au 25 rue de Loxum à 1000 Bruxelles (Belgique), compagnie d'assurances agréée sous le numéro 739, sous le contrôle de la Banque Nationale de Belgique, ayant son siège social au 14 bd de Berlaimont à 1000 Bruxelles (Belgique), inscrite à la Banque carrefour des entreprises à Bruxelles sous le numéro 0414858607.

Assuré

La personne physique sur qui repose le risque et qui est bénéficiaire du contrat d'assurance.

Autorités de contrôle

Il existe deux autorités de contrôle, chacune ayant des compétences spécifiques :

- FSMA : Autorité des Services et Marchés Financiers
12-14 rue du Congrès à 1000 Bruxelles
Tél. 02 220 52 11 - Fax 02 220 52 78 - www.fsma.be
- Banque Nationale de Belgique
14 bd de Berlaimont à 1000 Bruxelles
Tél. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00 - www.nbb.be

Biologie clinique

Un laboratoire de biologie clinique est un établissement reconnu par le SPF Santé publique où des techniciens de laboratoire analysent divers échantillons de fluides corporels (p. ex. du sang, de l'urine, des selles ou du mucus, etc.) sur la base de tests de laboratoire. Ces analyses permettent de déterminer le diagnostic, le suivi ou le traitement de l'état de santé de l'assuré ou la prévention d'une maladie.

Cas d'assurance ou cas de sinistre

L'objet de la garantie d'assurance, tel que stipulé dans le contrat d'assurance.

Contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est formé par la police. La police se compose des Conditions Générales et Particulières d'Assurance et de leurs avenants.

Date d'échéance annuelle

Date d'échéance annuelle de la prime ou date d'échéance principale telle que définie dans la police.

Dispositif médical

Un dispositif médical est un produit de santé qui accomplit son effet médical par des moyens physiques ou

mécaniques. Un dispositif médical est donc tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, utilisé seul ou en combinaison, destiné à un usage médical spécifique, tel que mentionné et décrit au chapitre VI "Lunettes et autres prothèses de l'oeil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses", article - 30 Opticiens de la nomenclature.

Efficace

Partant du principe établi dans l'article 2.2.2 des présentes Conditions Générales d'Assurance que seuls les coûts efficaces et nécessaires sont remboursables, l'analyse cout-efficacité étudie la relation entre le cout d'un traitement et son efficacité. Lorsque différents traitements sont possibles, avec le même objectif mais des coûts différents pour l'assureur, celui-ci se réserve le droit de limiter son intervention au remboursement du cout du traitement le plus efficace en termes de coûts. Dans la même optique, l'assureur se réserve le droit de refuser le remboursement d'un traitement qui est disproportionné en termes de coûts par rapport à un gain marginal ou temporaire pour la santé l'assuré.

Franchise

La partie des frais couverts qui reste à charge de l'assuré et qui vient en déduction de l'intervention de l'assureur.

Infirmière

Une infirmière est un prestataire de soins paramédicaux reconnu, qui est chargée des activités suivantes :

- d'observer, d'identifier et d'établir l'état de santé psychologique, physique et social de l'assuré ;
- de définir ses problèmes de soins infirmiers ;
- d'assister un médecin dans l'établissement du diagnostic médical et l'exécution du traitement prescrit ;
- d'informer et de conseiller l'assuré et sa famille ;
- de fournir une assistance continue, poser ou aider à poser des actes visant à maintenir, améliorer et rétablir l'état de santé de la personne assurée.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)

L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité est un organisme public fédéral de la sécurité sociale belge.

Intervention légale/statutaire ou autre

Toute intervention ou remboursement (partiel) de frais réels encourus en application de :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telle qu'elle est organisée par la loi du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et ses arrêtés royaux d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et ses arrêtés royaux d'exécution) ;
- la loi sur le maximum à facturer (loi du 03 juin 2002) ;
- loi relative à la création du statut de solidarité nationale, à l'octroi d'une pension de dédommagement et au remboursement des soins médicaux à la suite d'acte de terrorisme (loi du 18 juillet 2017) ;
- les règlements européens 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la législation belge ;
- toute assurance hospitalisation individuelle ou collective (p. ex. contrat collectif conclu par un employeur à titre d'avantage collectif pour l'ensemble ou une partie de son personnel), complémentaire à

l'intervention de l'assurance maladie légale belge, qui rembourse les frais ambulatoires réels encourus avant et après une hospitalisation (frais dits "pré-/post-hospitalisation") et/ou liés à des maladies dites "graves" (p. ex. le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la sclérose en plaques, une maladie rénale qui nécessite un traitement de dialyse, etc.) ;

- l'assurance complémentaire des mutualités (loi du 06 aout 1990 sur mutualités et aux unions nationales de mutualités) comprenant tous les services et prestations des mutualités ;
- le service "soins urgents à l'étranger" des mutualités;
- une disposition de droit commun.

Lieu de résidence

Lieu auquel la personne physique est inscrite au registre de la population.

Logopède

Un logopède est un prestataire de soins paramédicaux reconnu, qui est spécialisé en logopédie.

Il détecte et diagnostique (à l'aide de tests standardisés et d'observations), traite les troubles et les limitations dans le domaine de la voix, de la parole, du langage, de l'audition, de la lecture, de l'écriture, du calcul et de la déglutition, ainsi que dans les domaines de la communication, de l'apprentissage, de l'alimentation et de la boisson.

Maladie

Toute altération de l'état de santé non causée par un accident, dont la cause et les symptômes sont médicalement objectivables et qui, en tant que tels, permettent un diagnostic et nécessitent une thérapie ou un traitement.

Médecin généraliste

Le médecin généraliste est un prestataire de soins de santé reconnu qui est généralement le premier point de contact et traite les problèmes de santé dans une perspective globale. Il garde une vue d'ensemble de la situation sanitaire globale de ses patients et coordonne tous les soins nécessaires. Il est souvent appelé "médecin de famille".

Médecin spécialiste

Le médecin spécialiste est un médecin reconnu qui se spécialise dans un domaine particulier de la médecine et est le point de contact pour les problèmes de santé qui nécessitent des soins spécifiques. Dans la plupart des cas, l'assuré sera référé par son médecin généraliste.

Il

- a suivi une formation théorique et pratique spécifique dans une spécialité, et est reconnue comme telle selon les critères applicables et sous le contrôle du comité de reconnaissance compétente pour cette spécialité;
- porte un titre professionnel spécial de médecin spécialiste tel que visé dans l' "Arrêté royal établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire".

La liste exhaustive des spécialités médicales éligibles comprend: anatomie pathologique, anesthésie-réanimation, biologie clinique, cardiologie, chirurgie générale, chirurgie orale et maxillo-faciale (stomatologie), chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, dermato-vénéréologie, endocrino-diabétologie, gastro-entérologie, gastro-entérologie oncologique, génétique clinique, gériatrie, gynécologie-obstétrique, hématologie clinique, hématologie et oncologie pédiatrique, infectiologie clinique, médecine aiguë, médecine du travail, médecine d'urgence, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, microbiologie

clinique, néonatalogie, néphrologie, neurochirurgie, neurologie, neurologie pédiatrique, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, pneumologie oncologique, psychiatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, radiodiagnostic, radiothérapie-oncologie, réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes handicapées, rhumatologie, soins intensifs, urologie.

Médicament

Tout produit pharmaceutique qui est exclusivement délivré dans une pharmacie agréée, prescrit par un prestataire de soins de santé reconnu et qui soit a été autorisé en tant que médicament par le Ministre compétent en matière de santé publique ou par la Commission européenne, soit comme préparation magistrale conformément à l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'arrêté royal du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs.

Nomenclature

La nomenclature et la pseudo-nomenclature des prestations médicales est une liste codée des prestations médicales qui sont totalement ou partiellement remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance maladie légale).

La liste et les modifications sont publiées au Moniteur belge. Les présentes Conditions Générales d'Assurance font toujours référence à la nomenclature en vigueur au moment de la prestation médicale.

Physiothérapie

La physiothérapie (ou kinésithérapie) est dispensée par un physiothérapeute, qui est un prestataire médical reconnu.

Il détecte les affections physiques d'un assuré et en recherche la cause, dans le but de contribuer à un diagnostic par un médecin sur la base d'une prescription médicale ou d'instaurer un traitement.

L'objectif principal de la physiothérapie est de maintenir et d'améliorer la qualité de mouvement et le fonctionnement du corps de l'assuré sur la base de traitements physiques et exercices de mouvement à des fins médicales (p. ex. exercices avec ou sans assistance physique, massothérapie, thérapie par l'application de stimuli physiques non invasifs tels que le courant électrique, le rayonnement électromagnétique, les ultrasons, les applications de chaleur et de froid, etc.) et la gymnastique prénatale et postnatale.

Plan d'assurance

La garantie d'assurance.

Plan d'assurance similaire

Un plan d'assurance similaire offre des garanties similaires, c'est-à-dire rembourse une gamme similaire de frais médicaux liés à des consultations et/ou traitements ambulatoires.

Podologue

Le podologue est un prestataire de soins paramédicaux reconnu, qui est spécialisé dans l'analyse, le diagnostic et le traitement des problèmes de pieds et de chevilles d'un assuré (affections tant ongulaires, cutanées que mécaniques liées à la fonction du pied et de la cheville).

Il détecte les problèmes d'un assuré et en recherche la cause, dans le but de contribuer à l'établissement d'un diagnostic par un médecin ou d'instituer un traitement podologique (p. ex. poser des bandes pour soutenir une articulation, enlever des callosités, corriger des anomalies de l'ongle plaque, soigner une plaie au pied, fabriquer des semelles podologiques, etc.).

Selon le type de patient (p. ex. les patients ayant des pieds sans risque, les patients ayant subi un traumatisme ou une intervention chirurgicale au niveau du pied et/ou de la cheville, les patients atteints de diabète ou de rhumatismes, etc.), le podologue effectuera des examens

ou des traitements de manière autonome, ou nécessitera la prescription médicale ou la supervision d'un médecin.

Politique de facturation discriminatoire

L'assureur considère qu'un prestataire de soins reconnu poursuit une politique de facturation discriminatoire si les frais médicaux facturés par ce prestataire de soins reconnu varient selon que son patient a (ou n'a pas) souscrit une assurance soins de santé ambulatoires et/ou selon l'assureur auprès duquel cette assurance a été souscrite.

Politique de facturation excessive

L'assureur détermine si un prestataire de soins reconnu applique une politique de facturation excessive en comparant les frais médicaux facturés par ce prestataire de soins aux assurés (de l'assureur) avec le tarif conventionné correspondant (en vigueur au moment du traitement) et/ou coût moyen facturé par d'autres prestataires de soins pour des traitements similaires.

Preneur d'assurance

La personne physique, ayant son lieu de résidence et sa résidence principale en Belgique, qui souscrit le contrat d'assurance et qui est redevable du paiement de la prime.

Prestataire de soins reconnu

Un prestataire de soins reconnu est une personne physique qui :

- est titulaire d'un diplôme (para)médical ;
- est autorisé à exercer la médecine ou de dispenser des soins paramédicaux en Belgique au moyen d'un visa délivré par le SPF Santé publique ou une agence gouvernementale similaire dans le cas particulier de soins de santé ambulatoires urgents à l'étranger ;
- est inscrit à l'Ordre des médecins (lorsqu'il est autorisé à exercer la médecine) ;
- est accrédité par l'INAMI et dispose d'un numéro d'agrément de l'INAMI, par lequel il est autorisé à certifier les prestations visées dans la nomenclature des procédures médicales.

Prestation ambulatoire

Prestation qui n'est pas dispensée lors d'une hospitalisation (hospitalisation avec nuitée ou de jour) et pour laquelle l'hôpital ne peut pas facturer une journée d'hospitalisation ou un forfait spécifique pour l'admission en hôpital de jour.

Prestation médicale

Dans les présentes Conditions Générales d'Assurance, le terme désigne les prestations médicales que mentionnées et décrites dans les articles suivants de la nomenclature :

- Chapitre II - Consultations, visites et avis; Psychothérapies et autres prestations, Article 2 - Consultations et visites ;
- Chapitre III - Soins Courants, Section 1 Article 3 - Prestations techniques médicales;
- Chapitre IV - Accouchements, article 9 ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 2, Article 11 - Prestations spéciales générales;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 3, Article 12 - Anesthésiologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 4, Article 13 - Réanimation;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14a - Chirurgie générale;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14b - Neurochirurgie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14c - Chirurgie plastique;

- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14d - Chirurgie abdominale ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14e - Chirurgie thoracique ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14f - Chirurgie des vaisseaux;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14g - Gynécologie-obstétrique;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14h - Ophtalmologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14i - Oto-rhino-laryngologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, article 14j - Urologie ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14k - Orthopédie ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14l - Stomatologie ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 6 - Imagerie médicale - Médecin spécialiste en radiodiagnostic, Article 17 - 17bis - Radiodiagnostic - Echographies;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 6 - Imagerie médicale - Médecin spécialiste à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic, Article 17ter - 17quater : Radiodiagnostic - Echographies;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 7 - Radiothérapie et radiumthérapie, Article -18 Médecine nucléaire ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 8, Article 20 - Médecine interne;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 9, Article 21 - Dermato-vénérologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, section 10, Article 22 - Physiothérapie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 11, Article 24 - 24bis - Biologie clinique ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 13, Article 26 - Suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié;
- Chapitre VII - Anato-mo-pathologie et examens génétiques, Article 32 - Anato-mo-pathologie;
- Chapitre VIII - Prestations interventionnelles, Article 34.

Prestation paramédicale

Les prestations paramédicales sont dispensées par des prestataires de soins reconnus qui ne sont pas reconnus comme médecin, mais qui prodiguent des soins et des traitements paramédicaux en étroite collaboration avec ou sous supervision d'un médecin.

Les présentes Conditions Générales d'Assurance font référence aux consultations et/ou traitements ambulatoires d'infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, podologues et logopèdes que mentionnées et décrits dans les articles suivants :

- Chapitre III - Soins Courants, Section 3 - Article 7 Kinésithérapie;
- Chapitre III - Soins Courants, Section 4 - Article 8 Soins infirmiers;
- Chapitre IV - Accouchements - Article 9 ;

- Chapitre X - Article 36 - Logopédie de la nomenclature.

Prime

Le montant y compris toutes les taxes d'assurance, les impôts, les contributions légales et les charges dus en contrepartie des obligations de l'assureur en exécution du contrat d'assurance.

Procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée est définie comme la réalisation (i) soit d'une insémination artificielle, (ii) soit d'une des techniques de fécondation in vitro, c'est-à-dire des techniques impliquant à un moment donné la manipulation d'un ovule et/ou d'un embryon.

Proposition d'assurance

La proposition d'assurance est le formulaire émis par l'assureur, rempli par le preneur d'assurance, dont le but est d'informer l'assureur de la nature de la transaction, des faits et des circonstances, qui lui permettront d'évaluer le risque. Elle vise à la conclusion du contrat d'assurance.

Résidence principale

Le lieu où les personnes physiques résident de manière habituelle (pendant la majeure partie de l'année) sur base de la situation factuelle.

Sage-femme

Une sage-femme est un prestataire de soins paramédicaux reconnu qui est autorisé à :

- surveiller, soigner et conseiller une assurée pendant la grossesse, l'accouchement et la période qui suit l'accouchement ;
- surveiller les grossesses normales, effectuer des accouchements normaux et prodiguer les soins primaires au nouveau-né et à la mère assurée.

Scientifiquement et thérapeutiquement éprouvé

Un traitement est scientifiquement et thérapeutiquement éprouvé quand il répond à l'état de l'art et aux normes reconnues de la pratique médicale.

Un tel traitement n'est ni expérimental ni en phase de recherche. Elle est évaluée sur la base de la médecine factuelle (EBM, 'evidence-based medicine'). La médecine factuelle est l'utilisation explicite, judicieuse et consciencieuse des meilleures preuves disponibles lors du choix du traitement d'un patient. Tout cela étant donné l'état de la science (médicale) à cette époque.

Soins de santé ambulatoires urgents à l'étranger

Les soins ambulatoires urgents sont des soins médicaux imprévus, non planifiés, urgents lors d'un séjour temporaire à l'étranger qui ne peuvent raisonnablement être reportés jusqu'au retour de l'assuré en Belgique.

Il s'agit de prestations médicales, effectuées sur place par un prestataire de soins de santé reconnu, qui sont requis de toute urgence pour soulager une douleur aiguë et sévère ou pour prévenir l'aggravation d'une affection aiguë qui constitue une menace immédiate et grave pour l'état de santé général de l'assuré.

Soins esthétiques ambulatoires

Traitement ambulatoire de nature cosmétique, dont le seul but est de corriger les imperfections et d'embellir le corps. Le traitement ne vise pas à diagnostiquer et/ou à guérir des maladies, des troubles et des lésions.

Supplément d'honoraires

Supplément facturé en plus du tarif conventionné. Le supplément est exprimé en pourcentage. Un supplément de 100 % signifie un doublement du tarif officiel.

Tarif conventionné

Taux officiel des honoraires d'un prestataire de soins tel que convenu dans l'Accord National Médico-Mutualiste. C'est également sur cette base qu'est calculée l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ticket modérateur légal

La différence entre le tarif conventionné et l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.