



FORTIS AG

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

Assurance de groupe (Health Care)

CONDITIONS GENERALES

DU PLAN SOINS DE SANTE

Table des matières

	Page
Définitions	
1. Qu'entend-on par les termes suivants ?	2
Chapitre I	
Fonctionnement du plan soins de santé	
2. Que faut-il faire en cas de sinistre ?	4
3. Quand le remboursement de Fortis AG est-il effectué ?	4
4. L'employeur et l'affilié peuvent-ils renoncer au recours contre des tiers ?	4
5. Fortis AG peut-il invoquer la nullité de l'affiliation ?	4
6. Quelles sont les modalités applicables aux primes ?	4
7. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?	4
8. Quelle est la durée du plan soins de santé ?	4
9. Qu'en est-il des contestations éventuelles ?	4
Chapitre II	
Etendue du plan soins de santé	
10. Y a-t-il des formalités médicales ?	6
11. Quels sont les délais d'attente ?	6
12. Qu'en est-il des affections préexistantes ?	6
13. Quelle est l'étendue géographique des garanties ?	6
14. Quels sont les risques non couverts ?	6
15. Les événements de guerre sont-ils couverts ?	6
16. Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?	6
Chapitre III	
Dispositions diverses	
17. Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?	7
18. Quelles sont les juridictions compétentes ?	7
19. Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?	7
20. Fortis AG peut-il modifier les conditions d'assurance du plan soins de santé ?	7



1. Qu'entend-on par les termes suivants ?

Accident	Un événement subit et anormal, produit directement par l'action soudaine d'une cause extérieure, étrangère à la volonté de l'affilié, et entraînant une lésion corporelle.
Affections préexistantes	Les maladies, les accidents, les grossesses et les accouchements survenus avant la date d'affiliation ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date.
Année d'assurance	L'année débutant à la date de prise en cours du plan soins de santé et se renouvelant à chaque anniversaire de celle-ci.
Appareil orthopédique	L'appareil destiné à corriger les difformités du corps.
Délais d'attente	Les périodes de stage prenant cours à la date d'affiliation de l'affilié. Les frais relatifs aux soins prodigués durant ces périodes ne sont pas remboursés par Fortis AG.
Etablissements hospitaliers	Les établissements légalement reconnus comme hôpitaux, où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés. Sont exclus : <ul style="list-style-type: none">- les établissements psychiatriques fermés;- les établissements médico-pédagogiques;- les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées, de personnes convalescentes ou d'enfants;- les maisons de repos, hôpitaux ou parties d'hôpitaux ayant reçu "l'agrément spécial comme maison de repos et de soins" (A.R. n° 59 modifiant l'article 5 de la loi du 27.6.78 modifiant la législation sur les hôpitaux).
Frais de séjour	Le prix de la journée d'entretien, le supplément facturé pour le séjour en chambre particulière ou à deux lits et le forfait journalier pour les médicaments.
Franchise	La partie des frais remboursables restant à charge de l'affilié. Elle est fixée dans les conditions particulières.



Hospitalisation	Tout séjour dans un établissement hospitalier. Si ce séjour est de moins d'une nuit, il faut que la prestation médicale pratiquée donne lieu à un remboursement de l'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.) sur la base d'un maxi- ou d'un super forfait tel que défini par l'A.M.I..
Intervention légale	Tout remboursement prévu par : <ul style="list-style-type: none">- les législations sociales belges applicables aux travailleurs salariés, c'est-à-dire celles relatives à l'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.), aux accidents du travail ou sur le chemin du travail et aux maladies professionnelles;- les conventions relatives à la sécurité sociale des travailleurs salariés liant la Belgique et certains pays étrangers.
Maladie	Toute altération de la santé de l'affilié d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de la constatation de la maladie.
Médicament	Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin dans un but curatif, et enregistré comme médicament par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions.
Prothèse	L'appareil qui remplace totalement ou partiellement un membre ou un organe. Tout organe transplanté ou greffé est assimilé à une prothèse.
Sinistre	Tout événement pouvant faire intervenir les garanties du plan soins de santé.
Soins ambulatoires	Les soins de santé prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation et qui sont repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.).



FORTIS AG

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

Soins de santé

CHAPITRE I :

FONCTIONNEMENT DU PLAN SOINS DE SANTE

2. Que faut-il faire en cas de sinistre ?

En cas de sinistre, Fortis AG doit être avisé au moyen des formulaires prévus à cet effet.

La déclaration doit être faite par l'affilié ou par l'employeur au plus tard un mois après la survenance de l'événement. Fortis AG se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque la déclaration est faite en dehors de ce délai.

Fortis AG n'utilisera pas de ce droit si la déclaration est faite dans un délai raisonnable compte tenu des circonstances.

A tout moment, Fortis AG peut faire contrôler l'exactitude des déclarations qui lui sont faites et des réponses fournies à ses demandes de renseignements.

3. Quand le remboursement de Fortis AG est-il effectué ?

Le remboursement de Fortis AG est effectué une fois par mois, après réception des notes de frais et des autres documents nécessaires à son calcul.

Fortis AG peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Les pièces justificatives doivent être en possession de Fortis AG dans un délai d'un an à dater de la prestation médicale. Fortis AG se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque ce délai n'est pas respecté.

4. L'employeur et l'affilié peuvent-ils renoncer au recours contre des tiers ?

L'employeur et l'affilié ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours contre les tiers responsables d'une maladie ou d'un accident sans l'accord écrit de Fortis AG.

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par Fortis AG, celui-ci se substitue à l'employeur ou à l'affilié aux fins de recourir contre les tiers responsables.

5. Fortis AG peut-il invoquer la nullité de l'affiliation ?

Fortis AG ne peut invoquer la nullité de l'affiliation pour cause de déclaration inexacte ou incomplète, sauf dans les cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

6. Quelles sont les modalités applicables aux primes ?

A chaque échéance, l'employeur verse globalement à Fortis AG les primes majorées de la taxe et des charges y afférentes actuelles ou futures. Ce versement s'effectue sur la base d'un bordereau émis par Fortis AG.

Les primes sont payables pour chaque affilié à partir du premier jour du mois d'affiliation jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'affiliation prend fin.

Les autres modalités sont définies aux conditions particulières.

7. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?

Si les primes ne sont pas payées, Fortis AG adresse une lettre recommandée rappelant à l'employeur les conséquences du non-paiement. Quinze jours après cet envoi, les garanties sont suspendues de plein droit.

Les garanties reprennent leurs effets à minuit le lendemain du paiement intégral à Fortis AG des primes impayées.

Pendant la période de suspension prévue ci-dessus, Fortis AG se réserve le droit de résilier le plan soins de santé.

8. Quelle est la durée du plan soins de santé ?

Le plan soins de santé est conclu pour une durée d'un an à dater de sa prise en cours.

A la fin de chaque année d'assurance, il est reconduit tacitement pour une durée d'un an, sauf résiliation par une des parties, actée par lettre recommandée expédiée au moins trois mois avant la fin de l'année d'assurance.

9. Qu'en est-il des contestations éventuelles ?

Les contestations éventuelles d'une décision communiquée par Fortis AG doivent lui parvenir par écrit dans les 30 jours qui suivent la communication.

Passé ce délai, la décision est considérée comme acceptée.

Les contestations d'ordre médical sont soumises d'une part au médecin traitant de l'affilié et, d'autre part, au médecin-conseil de Fortis AG.

Soins de santé



FORTIS AG

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

En cas de désaccord, ces médecins désignent de commun accord un troisième médecin.

Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles, à la demande de la partie la plus diligente.

La décision du troisième médecin est appliquée, sans préjudice d'un recours devant les tribunaux.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais de désignation et les honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.



FORTIS AG

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

Soins de santé

CHAPITRE II :

ÉTENDUE DU PLAN SOINS DE SANTÉ

10. Y a-t-il des formalités médicales ?

Fortis AG a défini une politique d'acceptation du risque "soins de santé" prévoyant des formalités médicales.

Le formulaire "demande d'affiliation" signé et dûment complété pour chaque candidat-affilié est soumis à l'examen de Fortis AG. Conformément à sa politique d'acceptation médicale, Fortis AG peut refuser ou différer l'affiliation, réclamer une surprime et exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre au candidat-affilié. Pour être affilié, ce dernier doit en renvoyer une copie contresignée pour accord à Fortis AG.

Les surprimes sont communiquées par lettre au débiteur de la prime avec copie au candidat-affilié lorsque ce dernier n'intervient pas totalement dans le paiement des primes. Cette lettre ne doit pas être renvoyée contresignée à Fortis AG qui applique automatiquement les surprimes.

Aucune formalité médicale n'est requise pour un nouveau-né, pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.

La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment et est communiquée sur demande à l'employeur.

11. Quels sont les délais d'attente ?

Le délai d'attente général est de TROIS MOIS.

Il est de HUIT MOIS pour les accouchements.

Remarque : le délai d'attente est porté à VINGT-QUATRE MOIS pour les accouchements :

- de la personne affiliée tardivement;
- de la personne cohabitant avec un membre du personnel affilié tardivement;
- de la personne cohabitante qui n'a pas été affiliée à la même date que le membre du personnel avec qui elle cohabite.

Le délai d'attente est supprimé pour :

- les accidents;
- les maladies infectieuses aiguës suivantes : choléra, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre récurrente, fièvre typhoïde et paratyphoïde, méningite cérébro-spinale, oreillons, paludisme, poliomyélite, rougeole, rubéole, scarlatine, typhus exanthématique, varicelle, variole;
- les maladies d'un nouveau-né pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.

12. Qu'en est-il des affections préexistantes ?

Les affections préexistantes sont exclues des garanties. Toutefois, les garanties sont acquises si, au cours de l'année qui suit la date de son affiliation, l'affilié n'a subi aucun traitement médical en rapport avec l'affection préexistante.

13. Quelle est l'étendue géographique des garanties ?

Les garanties sont effectives dans le monde entier.

14. Quels sont les risques non couverts ?

Les risques non couverts sont liés à des fautes lourdes.

Ces risques sont ceux :

- résultant d'un fait intentionnel ou d'une tentative de suicide de l'affilié, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'affilié sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- résultant de la participation volontaire de l'affilié à un crime ou un délit;
- résultant directement ou indirectement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de médicaments ;
- survenant lorsque l'affilié est en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues, sauf s'il apporte la preuve qu'il n'existe aucun lien de causalité entre ces états et la maladie ou l'accident.

15. Les événements de guerre sont-ils couverts ?

La maladie ou l'accident, causés par un événement de guerre ou par la guerre civile, sont exclus des garanties.

16. Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?

La maladie ou l'accident, survenant par suite d'émeutes, de troubles civils ou de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sont exclus des garanties.

Toutefois, les garanties sont acquises si l'affilié démontre :

- soit qu'il n'y a pris aucune part active;
- soit qu'il se trouvait en état de légitime défense;
- soit qu'il est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens.



FORTIS AG

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

Soins de santé

CHAPITRE III :

DISPOSITIONS DIVERSES

17. Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?

Le plan soins de santé entre en vigueur dès que Fortis AG dispose des renseignements indispensables à l'affiliation et au plus tôt à la date fixée dans les conditions particulières.

18. Quelles sont les juridictions compétentes ?

Seules les juridictions belges sont compétentes.

19. Quelle est la loi applicable ?

La loi belge s'applique au présent plan qui est notamment régi par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

20. Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?

Si des dépenses administratives particulières sont occasionnées du fait de l'employeur ou de l'affilié, Fortis AG se réserve le droit de réclamer des frais supplémentaires.

21. Fortis AG peut-il modifier les conditions d'assurance du plan soins de santé ?

En cas de modifications substantielles de la législation sur la sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux, Fortis AG peut modifier les conditions d'assurance à la fin de chaque année d'assurance.

En cas d'augmentation du coût réel des prestations garanties, Fortis AG peut adapter les montants des primes prévus aux conditions particulières.

Ces modifications et ces adaptations sont notifiées à l'employeur par lettre expédiée au moins 4 mois avant la fin de l'année d'assurance.

22. Quelle est l'autorité de contrôle des compagnies d'assurance ?

L'Office de Contrôle des Assurances (O.C.A.) est chargé du contrôle des assurances et en particulier du présent plan soins de santé.

Toute contestation au sujet du plan peut être adressée à cette autorité, avenue de Cortenbergh, 61, B-1000 Bruxelles.