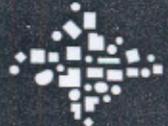




**Fortis HospiCare**

**Full**



**FORTIS AG**  
Solid partners, flexible solutions  
**Fortis Employee Benefits**

... *parce que la santé a un prix*

Accident ? Maladie ? Grâce à notre assurance hospitalisation, vos collaborateurs bénéficieront des meilleurs soins médicaux. Un choix qu'ils feront en toute sérénité, sachant que nous prendrons en charge le remboursement des frais de leur hospitalisation.

Quatre garanties pour une véritable tranquillité !

**... durant  
l'hospitalisation**

Notre garantie :  
le remboursement de  
tous les frais  
d'hospitalisation

■ Pour assurer à vos collaborateurs les meilleurs soins médicaux...

Nous remboursons tous les frais d'hospitalisation en cas de maladie ou d'accident mais également en cas de grossesse et d'accouchement.

Cela concerne les frais de séjour dans un établissement hospitalier, les honoraires médicaux et paramédicaux, les médicaments, les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques. Après intervention de la mutuelle et déduction de la franchise, tous ces frais sont remboursés, indépendamment du type de chambre, de l'hôpital ou du médecin. De plus, il n'y a aucune limitation de montant ou de durée. Une seule restriction : pour les prothèses et appareils orthopédiques, une intervention de la mutualité est exigée.

Nous remboursons également les prestations suivantes :

- la présence d'un des parents au chevet de l'enfant;
- les frais de transport approprié vers l'hôpital, y compris par hélicoptère;
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu au profit de l'assuré;
- les frais de soins palliatifs à l'hôpital;
- un forfait de 619,73 EUR (25.000 BEF) pour les accouchements à domicile;
- le test de la mort subite pour le nourrisson;
- les frais de morgue repris sur la facture d'hospitalisation;
- l'hospitalisation de jour.

**... avant et après  
l'hospitalisation**

■ Pour assurer une meilleure qualité de traitement...

Un traitement médical ne se limite pas nécessairement à une simple hospitalisation mais peut également inclure des soins avant et après l'hospitalisation.

Si la qualité des soins augmente, leur coût aussi. Nous en avons conscience et c'est pourquoi Fortis HospiCare étend les remboursements à ce type de soins.





**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

349262.402

## INTRODUCTION

Quels sont les documents qui régissent le plan soins de santé ?

– **Les conditions particulières et leurs annexes**

Celles-ci décrivent les conditions d'affiliation, les garanties, le montant des primes, et la façon dont le plan soins de santé est financé.

Elles complètent et précisent les conditions générales.

– **Les conditions générales**

Elles décrivent les dispositions s'appliquant à tous les plans soins de santé.

Dans le texte, la mention "AG 1824" doit être lue comme étant "Fortis AG s.a."



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

## **TABLE DES MATIERES**

### **CONDITIONS PARTICULIERES DU PLAN SOINS DE SANTE**

<u>Point</u>	<u>Page</u>
1. Qui souscrit le plan soins de santé et quand prend-il cours ?	1
2. Sous quelle forme le plan soins de santé est-il souscrit ?	1
3. Qui gère le plan soins de santé ?	1
4. Qui est affilié ?	1
5. Quand l'affiliation prend-elle fin ?	2
6. Que couvre le plan soins de santé ?	2
7. Comment le remboursement de Fortis Employee Benefits est-il calculé ?	4
8. Y-a-t-il un plafond au remboursement de Fortis Employee Benefits ?	5
9. Quel est le montant des primes et quand celles-ci sont-elles payables ?	5
10. Qui finance le plan soins de santé ?	5
11. Que se passe-t-il lorsque l'affiliation prend fin ou que le plan soins de santé est résilié ?	6
12. L'employeur peut-il modifier ou arrêter le plan soins de santé ?	7
13. Que se passe-t-il en cas de cessation d'activités de l'employeur ?	7
14. Hospitalisation à l'étranger et Assistance	8

### **CONDITIONS GENERALES RELATIVES AUX PLANS SOINS DE SANTE**



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

## CONDITIONS PARTICULIERES DU PLAN SOINS DE SANTE : GROUPE N°

### 1. Qui souscrit le plan soins de santé et quand prend-il cours ?

Le plan soins de santé est souscrit par **GDTECH s.a.**

ci-après dénommé "employeur".

Le plan prend cours le 1er janvier 2001.

Fortis Employee Benefits prend note que l'employeur est une société soeur de **SAMTECH s.a.** Les dispositions ci-après restent valables tant que le plan soins de santé souscrit par ladite société est d'application.

### 2. Sous quelle forme le plan soins de santé est-il souscrit ?

Le plan soins de santé est souscrit sous la forme d'une assurance collective.

### 3. Qui gère le plan soins de santé ?

Le plan soins de santé est géré par **Fortis AG s.a.** (entreprise agréée sous le code n° 0079),  
Boulevard Emile Jacqmain, 53 - 1000 Bruxelles, R.C. Bruxelles 345.622,

ci-après dénommée "Fortis Employee Benefits".

### 4. Qui est affilié ?

Tout membre du personnel de Cadre et Employé âgé de moins de 65 ans et au service de l'employeur est affilié au plan soins de santé dès son entrée en service.

Tous les membres de sa famille sont également affiliés.

L'affiliation est obligatoire pour tous.

Par membres de la famille, il faut entendre:

- le conjoint du membre du personnel ou la personne de sexe opposé, cohabitant et formant un ménage avec lui et dont l'identité est communiquée par la société et ceci dès le début de la cohabitation. Cette demande doit être justifiée par une attestation de domiciliation, délivrée par l'administration communale;
- tous les enfants célibataires de moins de 25 ans bénéficiant d'allocations familiales.

L'affiliation se fait sous réserve de l'acceptation médicale par Fortis Employee Benefits, conformément à sa politique générale. Elle est effective le premier du mois qui suit ou qui coïncide avec la date à laquelle le candidat-affilié satisfait aux critères d'affiliation et, le cas échéant, aux formalités médicales.

Les formalités médicales, les délais d'attente et l'exclusion des affections préexistantes prévus aux points 10, 11 et 12 des conditions générales ne sont pas d'application tant qu'au moins 50 affiliés adhèrent au plan soins de santé (en tenant compte du nombre d'affiliés des sociétés connexes).

L'employeur remet à chaque membre du personnel affilié un exemplaire des conditions particulières et des conditions générales.

## 5. Quand l'affiliation prend-elle fin ?

L'affiliation prend fin, tant pour le membre du personnel que pour les membres de sa famille, le jour où il n'est plus effectivement au travail auprès de l'employeur à la suite de la cessation ou de la suspension de son contrat de travail, notamment :

- à la démission ou au licenciement (dans ces cas, l'affiliation prend fin le dernier jour de travail réellement presté auprès de l'employeur);
- au décès;
- durant l'interruption volontaire totale de carrière;
- à la prépension conventionnelle (à temps plein);
- à la retraite et au plus tard à 65 ans.

En outre, pour les membres de la famille, l'affiliation cesse lorsque les conditions d'affiliation reprises au point 4. ne sont plus respectées.

## 6. Que couvre le plan soins de santé ?

### 1. Garanties "Hospitalisation" et soins ambulatoires "Pré- et post-hospitalisation"

#### A. Garantie "Hospitalisation"

La garantie concerne les hospitalisations consécutives à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement, en vue de subir un traitement curatif et nécessaire au rétablissement de la santé.

Le plan prévoit, dans les limites fixées au point 7. ci-après (remboursement de Fortis Employee Benefits), le remboursement des frais :

- de séjour, d'honoraires médicaux, d'examens, de traitements et de médicaments;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale;

encourus au cours de l'hospitalisation et en relation directe avec la cause de celle-ci.

Les prestations suivantes sont également couvertes:

- les frais de séjour de la mère ou du père dans la même chambre que l'enfant hospitalisé et âgé de moins de 14 ans pour autant que l'enfant et le parent soient assurés et que la présence du parent au chevet de l'enfant soit considérée comme nécessaire par le médecin;
- les frais de transport approprié vers l'hôpital, y compris l'hélicoptère, lorsqu'un certificat médical atteste que l'état de santé de l'affilié nécessite l'urgence de son hospitalisation.
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez l'assuré;
- les soins palliatifs
- le test de la mort subite du nouveau-né;
- les frais de matériel médical;
- les frais de morgue repris sur la facture d'hospitalisation.



**FORTIS AG**

Solid partners. flexible solutions

**Fortis Employee Benefits**

La définition de l'hospitalisation au point 1 "Définitions" des conditions générales est modifiée comme suit : une hospitalisation est prise en considération dès qu'elle dure au moins une nuit ou que la prestation médicale pratiquée donne lieu à un remboursement de l'A.M.I. sur base d'un mini forfait, d'un maxi forfait ou d'un forfait A, B, C, ou D (chirurgie d'un jour).

On entend par soins palliatifs le traitement de personnes se trouvant en phase terminale dans un hôpital. Il vise les besoins physiques et psychiques du patient dans le but de lui garantir une certaine qualité de vie.

En cas d'affection psychique ou psychiatrique et pour tous les types de dépression, les frais décrits ci-dessus sont remboursés pendant une durée maximum de deux années d'hospitalisation, consécutives ou non.

#### B. Garantie soins ambulatoires "Pré- et post-hospitalisation"

La garantie concerne les soins curatifs et nécessaires au rétablissement de la santé, donnés dans le mois qui précède l'hospitalisation et dans les trois mois qui la suivent et en relation directe avec la cause de celle-ci.

Le plan prévoit, dans les limites fixées au point 7. ci-après (remboursement de Fortis Employee Benefits), le remboursement des frais :

- de soins ambulatoires;
- de médicaments prescrits pour la période décrite ci-dessus;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Les frais de transport ainsi que les frais de location et d'achat de matériel médical ne sont pas remboursés.

Les garanties concernent les hospitalisations débutant au plus tôt à la date d'affiliation, la période de pré-hospitalisation étant comptée au plus tôt à partir de cette date.

#### 2. Garantie soins ambulatoires en cas de maladies graves

La garantie concerne les soins curatifs et nécessaires au rétablissement de la santé en relation directe avec une des maladies graves énumérées ci-après dûment diagnostiquée :

affection rénale traitée par dialyse, brucellose, cancer, choléra, diabète, diphtérie, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, fièvre typhoïde et paratyphoïde, hépatite virale, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, tétanos, tuberculose, typhus, variole et sida.

Le plan prévoit, dans les limites fixées au point 7. ci-après (remboursement de Fortis Employee Benefits), le remboursement des frais :

- de soins ambulatoires;
- de médicaments et de location de matériel médical;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Les frais de transport ne sont pas remboursés.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

**Fortis Employee Benefits**

### 3. Remarque :

Il est précisé, conformément à la description des garanties ci-dessus, que le plan ne prévoit pas le remboursement des frais résultant notamment :

- des soins et traitements esthétiques ou à visée esthétique, avec ou sans troubles fonctionnels, sauf accord préalable du médecin-conseil de Fortis Employee Benefits;
- des cures, par exemple : thermalisme, thalasso-thérapie, hygiéno-diététique;
- de l'assistance, la garde ou l'entretien de l'affilié;
- des traitements anticonceptionnels (tels que la stérilisation) et des traitements de procréation médicalement assistée (tels que l'insémination artificielle, la fertilisation in vitro);
- des check-up, des examens préventifs de dépistage ou des consultations de nourrissons.

### 7. Comment le remboursement de Fortis Employee Benefits est-il calculé ?

Le remboursement de Fortis Employee Benefits est calculé comme suit :

1. Du montant des frais exposés qui tombent sous les garanties du plan soins de santé, sont déduits :

- les interventions légales.

Si l'affilié ne bénéficie pas ou n'est pas en droit de bénéficier des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il est déduit un montant fictif identique au montant des interventions légales;

- les remboursements déjà perçus de quelque nature que ce soit.

2. Après cette déduction et en Belgique, les frais ne sont pas limités

3. En cas d'accouchement à domicile, un montant forfaitaire de 25.000 BEF est octroyé.

4. En cas d'hospitalisation à l'étranger, le droit aux prestations s'applique si l'une des deux conditions suivantes est remplie :

- l'événement présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la mutualité.

- il y a une intervention légale.

Si aucune des deux conditions n'est remplie, le remboursement des frais tombant sous les garanties du plan est limité à 3.000 BEF multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation pour les frais d'hospitalisation et à 50% du montant des frais en pré- et post-hospitalisation. Les frais liés aux Maladies graves ne donnent pas lieu à un remboursement.

Vous trouverez plus de détails sur la garantie 'hospitalisation à l'étranger', prise en charge par notre correspondant d'assistance, au point 14. ci-après (Hospitalisation à l'étranger et Assistance).



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

**Fortis Employee Benefits**

5. Du total des frais une franchise est déduite.

Elle s'élève à **3.000 BEF** par affilié et par année d'assurance.

Cette franchise s'applique uniquement sur la garantie "Hospitalisation et soins ambulatoires Pré- et post-hospitalisation".

En cas d'accouchement, cette franchise n'est appliquée qu'une seule fois pour la mère et l'enfant pour autant que l'ensemble de la famille soit déjà affilié au présent plan.

Si plusieurs assurés d'une même famille sont hospitalisés suite à un seul et même accident, la franchise ne sera déduite qu'une seule fois.

Dans le cas particulier d'une hospitalisation qui chevauche deux années d'assurance sans interruption, débutant dans les 15 jours avant la fin de l'année d'assurance et se terminant dans les 30 premiers jours de la nouvelle année d'assurance, Fortis Employee Benefits appliquera une seule franchise de **3.000 BEF**.

#### 8. Y-a-t-il un plafond au remboursement de Fortis Employee Benefits ?

Il n'y a pas de plafond au remboursement de Fortis Employee Benefits.

#### 9. Quel est le montant des primes et quand celles-ci sont-elles payables ?

A la prise en cours du plan soins de santé, le montant des primes mensuelles (à majorer de la taxe et de la cotisation A.M.I.) s'élève à :

Prime Adulte : 294 BEF

Prime Enfant (\*) : 117 BEF

\* = enfant de moins de 25 ans bénéficiant d'allocations familiales.

Les primes sont payables mensuellement à la fin de chaque mois.

A chaque échéance anniversaire, la prime peut être revue en fonction de l'évolution de l'indice spécifique 'Soins des hôpitaux et assimilés - chambre particulière' qui forme une composante de l'indice des prix à la consommation.

#### 10. Qui finance le plan soins de santé ?

Le plan soins de santé est financé comme suit :

	Prime pour le membre du personnel	Prime pour la famille
A charge de l'employeur	100 %	100 %
A charge du membre du personnel	- %	. %

A chaque échéance, l'employeur transfère les primes majorées de la taxe et de la cotisation A.M.I. à Fortis Employee Benefits.



**FORTIS AG**

Solid partners. flexible solutions

Fortis Employee Benefits

## 11. Que se passe-t-il lorsque l'affiliation prend fin ou que le plan soins de santé est résilié ?

Lorsque l'affiliation prend fin ou que le plan soins de santé est résilié, le remboursement de Fortis Employee Benefits cesse pour les frais exposés à partir de ce moment.

Chaque affilié peut demander à souscrire un contrat individuel soins de santé aux conditions des contrats individuels en vigueur au moment de la continuation. Il bénéficie dans ce cas des avantages suivants :

- la souscription est acceptée sans formalités médicales ni délais d'attente;
- il n'y a pas d'exclusion des affections préexistantes ni de restrictions d'ordre médical à la date de souscription du contrat individuel;
- Fortis Employee Benefits renonce à son droit de révision ou de résiliation;
- la prime à payer est celle du tarif individuel correspondant à l'âge atteint à la date de souscription du contrat individuel.

Les conditions générales sont celles des contrats individuels en vigueur au moment de la continuation mais adaptées de façon à tenir compte des conditions ci-dessus.

Ces avantages sont accordés moyennant les conditions suivantes :

- a. le membre du personnel doit être affilié au plan soins de santé depuis au moins 3 ans. Si cette condition est remplie, les membres de sa famille doivent être affiliés dès le moment où ils sont affiliables ou, à défaut, depuis au moins 3 ans.

Cette condition n'est pas appliquée en cas de pension, prépension conventionnelle, décès ou divorce du membre du personnel ou en cas de cessation d'activités de l'employeur, pour autant que l'affiliation ait eu lieu au moment où les conditions d'affiliation étaient remplies. Il en est de même pour l'enfant dont l'affiliation cesse.

- b. La demande de souscription doit être introduite dans les 30 jours qui suivent la fin de l'affiliation au plan soins de santé. Elle doit concerner l'ensemble des affiliés d'une même famille qui quittent le plan au même moment. Le contrat individuel doit prendre cours le premier jour qui suit la fin de l'affiliation.
- c. Les garanties assurées ne peuvent pas excéder celles du plan soins de santé.
- d. Les exclusions et surprimes d'application dans le plan soins de santé sont maintenues.

Fortis Employee Benefits se réserve le droit de revoir ces dispositions, notamment dans les cas de modifications des conditions générales ou du tarif des contrats individuels.

### Cas particulier d'une hospitalisation en cours :

lorsque l'affiliation d'un membre du personnel prend fin sans que le plan soins de santé ne soit résilié, Fortis Employee Benefits réglera, conformément au point 7. (remboursement de Fortis Employee Benefits), les frais de l'hospitalisation en cours à ce moment, pendant une durée maximum de 180 jours comptés depuis la fin de l'affiliation.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

**Fortis Employee Benefits**

**12. L'employeur peut-il modifier ou arrêter le plan soins de santé ?**

A la fin de chaque année d'assurance, l'employeur peut modifier ou arrêter le plan soins de santé, dans les limites prévues aux conditions générales.

A chaque modification, Fortis Employee Benefits établit une annexe numérotée aux conditions particulières et la transmet à l'employeur.

L'employeur en remet une copie à chaque membre du personnel affilié.

**13. Que se passe-t-il en cas de cessation d'activités de l'employeur ?**

En cas de cessation d'activités de l'employeur et sauf si les obligations sont reprises par un autre employeur, le plan soins de santé cesse.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

## 14. Hospitalisation à l'étranger et Assistance

Pour cette garantie nous faisons appel à notre correspondant d'assistance INTER PARTNER ASSISTANCE.

Elle est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent. Cette garantie s'applique uniquement à l'étranger.

### I. DEFINITIONS

#### ACCIDENT CORPOREL - INCIDENT MEDICAL

L'événement soudain indépendant de la volonté de l'assuré qui entraîne une lésion corporelle constatée par une autorité médicale compétente et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

#### ASSURES

Les personnes physiques reprises aux conditions particulières du présent contrat.

#### AUTORITE MEDICALE COMPETENTE

Le praticien de l'art médical reconnu par la législation belge ou par la législation en vigueur du pays concerné.

#### CORRESPONDANT D'ASSISTANCE

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., Compagnie d'Assurances agréée sous le code n° 0487 pour pratique les assurances touristiques (A.R. du 01.07.1979 et du 13.07.1979 - M.B. du 14.07.1979) dont le siège est établi à B-1050 Bruxelles, rue du Trône 98 bte 9.

#### EVACUATION SANITAIRE

La transport vers un centre de soins belge ou étranger, d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier).

Une évacuation sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité de traitement adapté sur place.

#### MALADIE - INCIDENT MEDICAL

La dégradation de l'état de santé physique ou mentale constatée par une autorité médicale comportant des symptômes objectifs ; cette dégradation ne peut être imputable à un accident.

#### RAPATRIEMENT

Retour des assurés au domicile légal en Belgique.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

## II. ASSISTANCE AUX PERSONNES

### Notion d'incident médical

Les prestations d'assistance en cas d'incident médical sont accordées suite à maladie ou accident survenu à l'assuré.

#### 2.1. Assistance médicale

En cas d'incident médical survenant à un assuré, l'équipe médicale de INTER PARTNER ASSISTANCE se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré.

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

#### 2.2. Envoi d'un médecin sur place

Suite à un incident médical et si l'équipe médicale de INTER PARTNER ASSISTANCE l'estime nécessaire, INTER PARTNER ASSISTANCE mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

#### 2.3. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'assuré est hospitalisé suite d'un incident médical et que l'équipe médicale de INTER PARTNER ASSISTANCE juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son domicile en Belgique, INTER PARTNER ASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- chemin de fer (1ère classe) ;
- véhicule sanitaire léger ;
- ambulance ;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire ;
- avion sanitaire ;

jusque dans un service hospitalier proche du domicile de l'assuré en Belgique ou, si l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à son domicile.

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la Mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne uniquement.



**FORTIS AG**

Solid partners. flexible solutions

Fortis Employee Benefits

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de INTER PARTNER ASSISTANCE en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux.

Le médecin de INTER PARTNER ASSISTANCE doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

INTER PARTNER ASSISTANCE peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque INTER PARTNER ASSISTANCE a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

#### **2.4. Remboursement des frais médicaux suite à un incident médical à l'étranger**

INTER PARTNER ASSISTANCE prend en charge, les frais consécutifs à des soins reçus à l'étranger, à la suite d'un incident médical après épuisement des prestations garanties par tout tiers-payeur.

##### ***Cette garantie comprend :***

- les honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- les médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien local ;
- les frais d'hospitalisation pour autant que l'assuré soit jugé intransportable par les médecins de INTER PARTNER ASSISTANCE ;
- les frais de transport en ambulance ordonné par un médecin pour un trajet local.

##### ***Ne sont pas remboursés :***

- les interventions à caractère esthétiques;
- les frais médicaux exposés en Belgique, même s'ils sont la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenu à l'étranger;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales;
- les interventions qui ne sont pas reconnue par la sécurité sociale belge;
- l'achat et la réparation de prothèses en général y compris lunettes, verres de contact, etc à l'exception des prothèses nécessitées par l'hospitalisation à l'étranger ;
- le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou dans un état analogue résultant de produits autres que des boissons alcoolisées ou accomplit un acte notoirement téméraire, un pari ou un défi ;
- les frais résultant de toute demande d'assistance non formulée au moment des faits, à l'exception des frais médicaux exposés à l'étranger.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

Fortis Employee Benefits

#### **Conditions de prise en charge des frais médicaux**

- A. L'hospitalisation à l'étranger présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la mutualité.
- B. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ou prises en charge obtenus par l'assuré ou ses ayants-droit auprès de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié.
- C. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement se fait selon le barème légal. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement suivant le barème privé ne se font que lorsque les circonstances ou l'état médical du patient l'imposent et moyennant l'accord préalable du service médical de INTER PARTNER ASSISTANCE.
- D. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales (petits et/ou gros risques) auprès de sa Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, INTER PARTNER ASSISTANCE n'intervient en remboursement, qu'à concurrence de 50%.

#### **Modalités de paiement des frais médicaux**

En cas d'hospitalisation à l'étranger INTER PARTNER ASSISTANCE fait l'avance des frais médicaux. Dans ce cas l'assuré s'engage dans un délai de deux mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre) et à reverser à INTER PARTNER ASSISTANCE le montant des sommes ainsi obtenues.

Si l'assuré a pris lui-même les frais en charge, le paiement complémentaire de ces frais est effectué par INTER PARTNER ASSISTANCE à l'assuré à son retour en Belgique, après recours aux organisateurs prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

#### **2.5. Frais de rapatriement des autres assurés en cas d'évacuation sanitaire ou décès d'un assuré à l'étranger**

En cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un assuré à l'étranger, INTER PARTNER ASSISTANCE organise et prend en charge, jusqu'à leur domicile en Belgique, le retour anticipé des autres assurés. Ce retour se fera par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

Cette garantie s'applique pour autant que les autres assurés ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour et rentrer en Belgique par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un chauffeur de remplacement.

INTER PARTNER ASSISTANCE peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque INTER PARTNER ASSISTANCE a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

**Fortis Employee Benefits**

## **2.6. Rapatriement funéraire au cours d'un voyage**

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, INTER PARTNER ASSISTANCE organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire ;
- les frais de mise en bière sur place ;
- les frais de cercueil à concurrence de 25.000 BEF (619,73 EUR) maximum ;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation en Belgique.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation en Belgique ne sont pas pris en charge par INTER PARTNER ASSISTANCE.

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation sur place à l'étranger, INTER PARTNER ASSISTANCE organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées. En outre, elle organise et prend en charge le voyage (aller/retour) d'un membre de la famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation. Ce voyage se fait par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne (distance du domicile supérieure à 1000 km).

En cas de crémation sur place à l'étranger avec cérémonie en Belgique, INTER PARTNER ASSISTANCE prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention de INTER PARTNER ASSISTANCE est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique. Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de INTER PARTNER ASSISTANCE.

INTER PARTNER ASSISTANCE peut demander le titre de transport initial de l'assuré si ce dernier n'a pu être utilisé.

## **III. Notification d'une hospitalisation à l'étranger**

En cas d'hospitalisation à l'étranger, la notification doit être faite dans les 24 heures au numéro de téléphone +32 (2) 552 52 43 (24h/24h) de INTER PARTNER ASSISTANCE.



**FORTIS AG**

Solid partners, flexible solutions

**Fortis Employee Benefits**

Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales.  
Toute question non prévue par les conditions particulières est réglée en conformité avec les conditions générales.

Fait en double à Bruxelles, le 22 mars 2001.

Pour l'employeur  
**GDTECH s.a.,**

Pour Fortis Employee Benefits, 

Denis FERIR