



SOCIÉTÉ MUTUALISTE
D'ASSURANCES
DU BRABANT - SMAB

HOSPIMUT PLUS CONTINUITE

Conditions générales au 1er janvier 2022

Ce document décrit le fonctionnement du contrat d'assurance Hospitalisation et précise nos engagements réciproques. Il détaille le contenu des garanties ainsi que les limitations et exclusions de celles-ci.

Lisez-le attentivement.

HOSPIMUT PLUS	Page
Définitions	3 à 4
Comment puis-je m'affilier ?	4
Quelle est la période de stage et comment l'annuler ?	5
Que se passe-t-il en cas de transfert d'ICH vers Hospimut Plus?	5
Que se passe-t-il en cas de transfert de Hospimut ou assurance similaire vers Hospimut Plus?	5
Dans quel cas puis-je suspendre mon assurance ?	5
Y a-t-il des limites territoriales ?	5
Y a-t-il une limite d'intervention en cas d'admission en chambre particulière ?	6
Dans quels cas y a-t-il une intervention pendant l'hospitalisation ?	5 à 7
Pour quel genre de soins y a-t-il une intervention avant et après l'admission ?	7
Que faire pour obtenir une intervention en cas d'hospitalisation ?	7
Que se passe-t-il en cas de décès de l'assuré ?	8
Combien de temps ai-je pour introduire mes frais ?	8
Dans quels cas n'y a-t-il pas d'intervention ?	8
Que faire en cas de contestation ?	9
Comment puis-je mettre fin à mon contrat ?	9
Que dois-je faire pour bénéficier du service garde enfants à domicile ?	9 à 10
Indexation et révision de la prime	10
Quand dois-je payer la prime ?	10
Quel est le montant de la prime ?	11
Annexe : liste des hôpitaux	12
HOSPIMUT PLUS CONTINUE	
Qu'est-ce que l'assurance Hospimut Plus Continuité ?	13
Comment puis-je m'affilier ?	13
Indexation et révision de la prime	13
Quand dois-je payer la prime ?	13
Quel est le montant de la prime ?	13 à 14
Comment puis-je obtenir une intervention ?	14
Quel est le montant de l'intervention ?	14
Combien de temps ai-je pour introduire mes frais ?	14
Informations légales	14

1. Définitions

1.0. Assureur

La Société Mutualiste d'assurances du Brabant (S.M.A.B.) est une entreprise agréée sous le numéro 350/03 par décision du 24 juin 2013 de l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal précité. Siège : rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles (BCE 0838.221.243).

1.1. Preneur d'assurance

La personne physique inscrite à la FMSB en qualité de titulaire, qui a souscrit le contrat et qui est tenue au paiement de la prime.

1.2. Assuré

Le preneur d'assurance et/ou la(les) personne(s) à charge désigné(e)(s) dans les conditions particulières, et qui dans ces conditions bénéficie(nt) des garanties du contrat.

1.3. Date de début de droit

Date à partir de laquelle la personne assurée est en droit de prétendre à une intervention conformément à la description de la garantie, après accomplissement du stage d'attente.

1.4. Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé présentant des symptômes objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable.

1.5. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

1.6. Établissement hospitalier

L'établissement légalement reconnu comme hôpital, à l'exception :

- des services psychiatriques et neuropsychiatriques suivants :

350	K1	Hospitalisation de jour en service K
360	K2	Hospitalisation de nuit en service K
380	A1	Hospitalisation de jour en service A
390	A2	Hospitalisation de nuit en service A
420	T1	Hospitalisation de jour en service T
430	T2	Hospitalisation de nuit en service T
440	Tf	Placement familial Tf dans un hôpital
760	-	Journée forfaitaire en psychiatrie

- des établissements médico-pédagogiques ;
- des établissements uniquement destinés à l'hébergement de personnes âgées ou d'enfants ;
- des maisons de repos ;

- des hôpitaux ou parties d'hôpitaux tels que : maisons de repos et de soins, centres et services de réhabilitation (service 770) ;
- des centres médicaux pédiatriques.

1.7. Hospitalisation

Par hospitalisation, il faut considérer :

- tout séjour médicalement nécessaire pour lequel au moins une nuit a été facturée par l'établissement hospitalier ;
- l'hospitalisation de jour médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier à condition qu'un forfait 'service chirurgical de jour' (service 320), un mini-forfait (service 720), un maxi-forfait (service 730), un forfait du groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 (service 840) ou un forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 (service 840) soit facturé, à l'exclusion des hospitalisations de jour ayant pour seul objet toute forme de dialyse ;
- les prestations servies au service des urgences pour autant que le séjour au service des urgences soit suivi immédiatement d'une hospitalisation.

Il n'y a pas de remboursement prévu pour la salle de plâtre (service 710) ni pour les soins qui y ont été effectués.

1.8. Stage d'attente

La période débutant à la date de prise de cours du contrat, et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

1.9. Intervention légale

Tout remboursement perçu en vertu des législations belges relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (en ce compris la loi relative au maximum à facturer), aux maladies professionnelles et aux accidents du travail ou sur le chemin du travail ainsi que le remboursement perçu en application d'une disposition de droit commun.

1.10. Intervention extralégale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives ayant le même objet que le contrat.

1.11. Prothèse

Appareil qui remplace totalement ou partiellement, un membre ou un organe.

1.12. Appareil orthopédique

Appareil destiné à corriger des difformités du corps.

1.13. État de santé, maladie ou affection préexistants

Par état de santé, maladie ou affection préexistants, il faut considérer tout état de santé (par exemple la grossesse) ou toute affection ou maladie existant au moment de la souscription à l'assurance et qui donne lieu à une hospitalisation.

1.14. Hôtel de soins

Tout centre d'hébergement à vocation hôtelière destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans le centre ainsi qu'un traitement curatif et/ou diagnostique imposant une observation, une surveillance et une continuité ne pouvant être organisé que dans le centre.

1.15. Frais pré-hospitaliers et post-hospitaliers

Les frais exposés 30 jours précédant et 90 jours suivant une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient et en relation directe avec cette l'hospitalisation.

1.16. Frais de séjour

Les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, sont les frais à charge de l'assuré constitués par la quote-part légale fixée par l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités à laquelle s'ajoutent les éventuels suppléments liés au type de chambre.

1.17. Soins et traitement dentaire

Les prestations de soins et de traitements dentaires effectuées lors d'une hospitalisation pour laquelle l'état général du patient doit constituer une indication médicale formelle de la nécessité de ces prestations en hospitalisation.

1.18. F.M.S.B.

Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant, intermédiaire d'assurance agréé par l'Office de Contrôle des Mutualités sous le numéro 3001.

1.19. Transport urgent

Le transport par ambulance ou en hélicoptère dans le cadre de l'aide médicale urgente suite à un appel au Service 112 (loi du 08/07/1964) lorsqu'il est suivi par une hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient.

1.20. Une assurance présentant des garanties similaires

Un contrat d'assurance hospitalisation de type « indemnitaire », c'est-à-dire une assurance dont les remboursements sont effectués sur la base des coûts réels repris sur la facture d'hospitalisation et qui accorde au moins les garanties suivantes, sans distinction selon l'hôpital dans lequel l'assuré séjourne :

- intervention en cas d'hospitalisation en chambre individuelle ou en chambre à plus d'un lit ;

- en cas de séjour en chambre individuelle :

* remboursement des frais de séjour à concurrence de 125,00 EUR ou plus par jour d'hospitalisation d'au moins une nuit

* remboursement des suppléments d'honoraires à concurrence d'au moins 300 % de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

- franchise limitée à 150,00 EUR ou, lorsqu'elle n'est pas exprimée par un montant, à 5 % de la facture.

2. Souscription

2.1. Conditions de souscription

La souscription au contrat d'assurance et le bénéfice de sa garantie sont réservés aux membres de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant qui sont assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et bénéficient de l'intervention de celle-ci et dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire n'a pas été supprimée en raison du non-paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire durant une période consécutive d'au moins 24 mois, ou qui sont en ordre de paiement depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux union nationales de mutualités, a été entamée pour les services qui y sont visés.

Par dérogation aux dispositions à l'alinéa précédent, aucune personne ne peut acquérir avant le 1^{er} janvier 2022 la qualité d'un membre de la FMSB dont la possibilité de bénéficier de l'assurance complémentaire est supprimée. Le cas échéant, la personne maintient durant la période allant du 25ème mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au 31 décembre 2021, la qualité de membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue.

Sous ces conditions, la souscription à l'assurance ne peut être refusée, et ce sans préjudice de l'article 206 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Le contrat d'assurance prend cours le premier jour du mois qui suit la réception de la proposition d'assurance complétée et signée par le preneur d'assurance à condition que la prime (trimestrielle) soit payée avant la date d'échéance.

En cas d'inscription de nouvelles personnes à charge d'un preneur d'assurance en cours de contrat, la société mutualiste adresse au preneur d'assurance une proposition d'assurance en vue d'ajouter cette ou ces personne(s) au contrat d'assurance.

Lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de 3 ans, la couverture prend cours le jour de sa naissance ou de son adoption, pour autant que la proposition d'assurance, complétée et signée par le preneur d'assurance, et la prime d'assurance parviennent à l'assureur pour la fin du 3^e mois qui suit la naissance ou l'adoption.

2.2. Formalités de souscription

Lors de la souscription à l'assurance, le preneur d'assurance est tenu de compléter et signer un formulaire de demande de souscription.

Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée à la société mutualiste dans un délai de 30 jours.

Lorsqu'une personne à charge, assurée, devient titulaire

auprès de la FMSB, la société mutualiste lui soumet une offre d'assurance. Cette personne dispose d'un délai de 60 jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit.

3. Stage

3.1. Le stage général est de six mois.

Il est supprimé pour :

- a) les accidents survenus après la date de souscription à l'assurance ;
- b) les assurés qui sont portés légalement à charge du preneur d'assurance, dans les cas de naissance ou d'adoption, et qui sont ajoutés au contrat d'assurance conformément à l'article 2.1., pour autant que leur père (adoptif) ou leur mère (adoptive) soit assuré(e) par ce contrat et ait accompli le stage d'attente. Lorsqu'une partie du stage a été accomplie, ces personnes à charge sont également considérées comme ayant accompli cette partie ;
- c) l'assuré qui la veille de la prise d'effet du contrat bénéficiait d'une assurance hospitalisation indemnitaire présentant des garanties similaires. La durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir. Pour pouvoir bénéficier de cette dispense de stage éventuelle, la demande de souscription à la société mutualiste doit avoir lieu dans un délai inférieur à 90 jours à dater de la fin de la couverture précédente. Il ne peut y avoir aucune interruption entre la date de fin de la couverture précédente et la souscription à la société mutualiste ;
- d) les personnes à charge d'un preneur d'assurance dont l'assurance a pris fin et qui, ayant accompli leur stage, restent membres de la F.M.S.B. en tant que titulaire ou personne à charge d'un autre titulaire pour autant qu'il n'y ait pas d'interruption. Si le stage n'a pas été accompli totalement, il devra être complété.

3.2. Le stage est porté à 12 mois pour l'assuré ayant mis fin à son contrat après avoir bénéficié d'une indemnisation et demandant à y souscrire à nouveau. Ce stage n'est pas d'application pour le cas visé au point 3.1.a).

3.3. Disposition applicable en cas de passage de l'assurance Hospimut - ou d'une assurance offrant des garanties similaires - à l'assurance Hospimut Plus.

Les périodes de stage susmentionnées doivent être accomplies. En cas d'hospitalisation durant ces nouvelles périodes de stage, (la date d'admission à l'hôpital faisant foi), l'intervention sera établie sur la base de l'assurance Hospimut.

3.4. Disposition applicable en cas de passage de l'assurance hospitalisation « Indemnité Complémentaire en cas d'Hospitalisation » (I.C.H.) - ou d'une assurance offrant des garanties similaires - à l'assurance Hospimut Plus.

Les périodes de stage susmentionnées doivent être accomplies. Durant ces périodes de stage, l'assuré reste couvert à concurrence d'une indemnité forfaitaire journalière de 12 EUR par journée d'entretien, étant

entendu que l'indemnisation est limitée à 180 journées d'entretien. Cette couverture reste d'application au cas où le transfert d'une assurance à l'autre se produit au cours d'une période d'hospitalisation.

4. Suspension de l'assurance

En cas de détention et à la demande écrite de l'assuré, l'assurance peut être suspendue.

L'assuré peut demander la suspension de son assurance moyennant une lettre recommandée. Dans ce cas, l'assurance est suspendue à partir de la fin du mois suivant celui au cours duquel la suspension est demandée (la date du cachet de la poste faisant foi). La prime relative à la période d'assurance qui est frappée de suspension sera dès lors remboursée au preneur d'assurance.

L'assurance reprend son effet à partir du 1er jour du mois qui suit la demande de l'assuré de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande par recommandée dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa prime dans les 15 jours de la demande de paiement par la société mutualiste.

5. Étendue territoriale

La garantie de l'assurance est valable dans le monde entier. Cependant, en cas d'hospitalisation à l'étranger, l'intervention n'est acquise qu'à la condition que la personne hospitalisée soit domiciliée en Belgique et y réside habituellement.

6. Description de la garantie

6.1. L'assurance intervient lorsqu'un assuré fait l'objet d'une hospitalisation donnant lieu à un remboursement dans le cadre de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités par suite d'une maladie, d'un accident (y compris accident de travail), d'une grossesse ou d'un accouchement.

La société mutualiste s'engage à rembourser à l'assuré, selon les conditions mentionnées ci-après, les frais suivants exposés par l'assuré et découlant de son hospitalisation, à savoir :

- frais de séjour et de soins de santé, médicalement nécessaires, à la suite d'une maladie ou d'un accident ;
- frais de traitement et d'examens, médicalement nécessaires en cas de grossesse ou d'accouchement ;
- fourniture de verres de lunettes, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques ou d'autres prothèses telles que définies dans la nomenclature des prestations de santé (annexe de l'A.R. du 14 septembre 1984), en rapport direct avec l'hospitalisation, pour autant qu'il y ait intervention légale ;
- frais d'implants et prothèses dentaires subis ou placés durant l'hospitalisation consécutive à un accident pour autant qu'il y ait intervention légale ;
- frais de soins et traitements dentaires tels que définis au point 1.17. pour autant qu'il y ait

intervention légale et que ces prestations soient en rapport direct avec l'hospitalisation ;
- frais d'hospitalisation à l'étranger.

L'intervention de l'assurance est égale à la somme des frais réellement exposés diminués du montant des interventions légales et extralégales auxquelles l'assuré peut prétendre sauf l'indemnité d'hospitalisation payée dans le cadre de l'assurance « Indemnité complémentaire en cas d'hospitalisation » (I.C.H.).

Le calcul du remboursement des prestations s'effectue comme suit :

6.1.1. en cas d'hospitalisation en chambre à un lit, les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas remboursés pour autant que l'hospitalisation a lieu dans un délai de trois ans débutant à la date de prise d'effet de l'assurance, d'une part, et qu'il existe un lien causal entre cette hospitalisation et une affection, blessure ou infirmité existante à la date de souscription, d'autre part.

Cette restriction est supprimée pour l'assuré qui la veille de la prise d'effet de l'assurance bénéficiait d'une assurance hospitalisation présentant des garanties similaires et pour autant que l'assuré y ait souscrit durant trois ans, sinon les années de souscription aux assurances précitées sont portées en diminution de la période susmentionnée de trois ans ;

6.1.2. en cas d'hospitalisation en chambre à un lit, les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas remboursés pour autant que l'hospitalisation a lieu dans un délai de neuf mois débutant à la date de prise d'effet de l'assurance, d'une part, et qu'il existe un lien causal entre cette hospitalisation et une grossesse, d'autre part. Cette restriction est supprimée pour l'assuré qui la veille de la prise d'effet de l'assurance bénéficiait d'une assurance hospitalisation présentant des garanties similaires et pour autant que l'assuré y ait souscrit durant neuf mois, sinon les mois de souscription aux assurances précitées sont portées en diminution de la période susmentionnée de neuf mois ;

En cas de passage de l'assurance Hospimut ou d'une assurance similaire vers l'assurance Hospimut Plus, l'intervention pour les cas repris aux points 6.1.1 et 6.1.2, se fera sur la base des conditions d'intervention d'Hospimut.

6.1.3. pour toutes les prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance remboursera à concurrence d'un maximum d'une fois le montant de cette intervention légale ;

6.1.4. les forfaits d'« admission » et les quotes-parts personnelles légalement à charge de l'assuré bénéficiaire sont remboursés intégralement ;

6.1.5. en cas d'hospitalisation d'au moins une nuitée, les

suppléments d'honoraires sont remboursés à concurrence de maximum 300% de l'intervention à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

6.1.6. les suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation de jour sont remboursés à concurrence de maximum 100 % de l'intervention à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

6.1.7. les suppléments de frais de séjour seront remboursés, en plus de la quote-part personnelle, à concurrence d'un montant de 150,00 EUR par jour en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit, et à concurrence de 80,00 EUR en cas d'hospitalisation de jour ;

6.1.8. pour le coût des implants, des prothèses et des dispositifs médicaux, l'assurance remboursera à concurrence du prix réel facturé ;

6.1.9. les produits de pharmacie et de parapharmacie sont indemnités comme suit :

- Les médicaments avec intervention de l'assurance obligatoire et les médicaments appartenant à la catégorie D font l'objet d'un remboursement intégral.

- Les produits de parapharmacie et les délivrances telles que bas de contention, manchon de compression, thermomètre qui ne font pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire mais dont le coût peut légalement être mis à charge du patient, font l'objet d'un remboursement intégral.

6.1.10. pour les séjours en service 340-K (Service de neuropsychiatrie infantile - jour et nuit), 370-A (Service neuropsychiatrique - jour et nuit) et 410-T (Service psychiatrique – jour et nuit), l'intervention se limitera à 30 jours par année civile ;

6.1.11. pour le coût des autres fournitures légalement à charge du patient, avec ou sans intervention de l'assurance obligatoire, l'assurance remboursera à concurrence du prix facturé.

6.1.12. pour les frais de séjour du parent (rooming-in) ayant passé la nuit au chevet de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 19 ans, l'assurance remboursera à concurrence de maximum 25,00 EUR par jour ;

6.1.13. pour les séjours dans un hôtel de soins dans le cadre d'une hospitalisation, l'assurance remboursera à concurrence de 6,50 EUR par jour. Seuls les séjours en centre de convalescence pourront faire l'objet de cette intervention ;

6.1.14. les frais relatifs à la fertilisation in vitro et les frais de robot de chirurgie seront remboursés à concurrence de 500 EUR par année civile en chambre particulière ;

6.1.15. les frais relatifs aux soins néonataux, après hospitalisation, seront remboursés à concurrence de 20,00 EUR par jour pendant 7 jours maximum, à partir du lendemain de la date de sortie de l'hôpital ;

6.1.16. l'assurance interviendra dans les frais réellement supportés pour le transport urgent vers l'hôpital à concurrence de maximum de 250,00 EUR par année civile, après toute autre intervention, y compris celle prévue par l'assurance complémentaire de la FMSB ;

6.1.17. en cas d'accouchement à domicile, l'assurance interviendra à concurrence d'un forfait unique pour couvrir tous les frais y relatifs, y compris les soins donnés avant et après l'accouchement, à raison de 600,00 EUR ;

6.1.18. l'assurance remboursera les acomptes légaux versés à l'hôpital sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes. S'il s'avère à posteriori que l'hospitalisation ne peut être couverte ou si le montant de l'acompte est supérieur à l'intervention de la société mutualiste ou si l'assuré ne présente pas sa facture, les sommes indues seront récupérées ;

6.1.19. Pour toute hospitalisation en Belgique, hors services gériatrie (300), spécialisés (610-S1 à 660-S6) et psychiatriques (340-K, 370-A et 410-T), et pour laquelle l'assurance intervient, les frais pré- et post-hospitaliers seront couverts comme suit :

Soins pré-et post-hospitaliers:

6.1.19.1. le remboursement à 100% des quotes-parts personnelles dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités s'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ;

6.1.19.2. la couverture des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100% de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Sans préjudice de ce qui précède, en cas d'admission hospitalière en service de diagnostic et de traitement médical (220-D), en service de diagnostic et de traitement chirurgical (210-C) ou en service de soins intensifs (490-I) poursuivie en service gériatrie, l'intervention de l'assurance susmentionnée est d'application sur l'ensemble de ce séjour.

Les soins pré- et post-hospitaliers doivent avoir été dispensés en Belgique et prodigués en relation directe avec l'hospitalisation qui doit être couverte par les présentes conditions générales, pour autant que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités soit intervenue pour l'hospitalisation visée.

6.1.20. en cas d'hospitalisation complète en chambre commune ou à deux lits, l'assurance remboursera intégralement le montant de la facture d'hospitalisation.

6.1.21. en cas d'hospitalisation à l'étranger, l'intervention destinée à couvrir les frais réellement supportés s'élèvera à maximum 360,00 EUR par jour. L'hospitalisation de jour n'est pas couverte à l'étranger. Pour les maladies ou affections ou états préexistants, l'intervention sera limitée à maximum 20,00 EUR par jour d'hospitalisation.

6.2. Ainsi calculé, ce montant de remboursement

- sert de base pour l'application de la franchise de 100,00 EUR. Cette franchise est appliquée pour toute hospitalisation d'au moins une nuit en chambre particulière dans un hôpital réclamant plus de 200 % de suppléments d'honoraires par rapport au Tarif de la Convention. La liste des hôpitaux concernés par l'application de la franchise est établie annuellement avec application au 1^{er} janvier. Elle est publiée en annexe des conditions générales et mise en ligne sur le site web de la FMSB. La nouvelle liste sera applicable à tous les cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste (voir page 12).

- est réduit du montant des primes en retard restant dues.

7. Conditions d'intervention

7.1. L'intervention de l'assurance est toujours subordonnée aux conditions de stage et au paiement de la prime du preneur d'assurance et de ses personnes à charge de l'assurance sans préjudice de l'article 69 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

7.2. Toute hospitalisation pouvant donner lieu à une intervention doit être déclarée à la société mutualiste dans les plus brefs délais au moyen de la déclaration de sinistre fournie par elle.

Le preneur d'assurance et les personnes à sa charge doivent tout mettre en œuvre pour fournir à la société mutualiste toute information relative aux sinistres et à leurs suites.

La société mutualiste a le droit de vérifier les déclarations qui lui sont faites et les réponses à ses demandes de renseignements.

Seules les factures originales seront acceptées.

Sur ces pièces doivent figurer :

- l'identité de l'assuré ;
- le détail des prestations (code nomenclature I.N.A.M.I.) et leur coût réel attesté par le prestataire de soins ;
- la (les) date(s) de prestation.

7.3. Les soins pré- ou post-hospitaliers

La demande de prise en charge de soins pré- ou post-hospitaliers est introduite au moyen du formulaire de « demande d'intervention pour les soins pré ou post-hospitaliers ».

Le remboursement n'est accordé que sur la base :

- de la quittance originale délivrée par la mutualité ou d'une facture;
- d'une attestation BVAC ou annexe 30 pour les médicaments ou d'une facture.

Les soins pré- ou post hospitaliers ne pourront faire l'objet d'un remboursement que si la société mutualiste est mise en possession de la facture d'hospitalisation ou de l'hospitalisation de jour.

7.4. En cas de décès de l'assuré, l'intervention sera accordée :

- au conjoint ou cohabitant légal survivant
- à défaut, aux personnes physiques qui peuvent prouver qu'elles sont héritières légales.
L'intervention sera alors versée soit au notaire désigné pour liquider la succession, soit à un des héritiers mentionnés sur la base d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers mentionnés soit à l'acte notarié, soit encore à l'acte d'hérédité
- à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais de l'hospitalisation pour laquelle l'intervention est sollicitée.

7.5. Prescription

Les pièces justificatives des dépenses pouvant donner lieu à remboursement doivent être introduites à la société mutualiste dans un délai de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins.

8. Cas de non-intervention

L'assurance ne sort pas ses effets pour :

8.1. Toute hospitalisation résultant :

- d'un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agisse d'un cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens ; l'acte intentionnel au sens de la présente clause est l'acte commis volontairement et sciemment qui cause un dommage raisonnablement prévisible ; la tentative de suicide n'est considérée ni comme un acte intentionnel, ni comme un accident ;
- d'un fait de guerre, de guerre civile ou des faits de même nature ; toutefois la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si l'assuré a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ;
 - de la pratique professionnelle de tout sport ;
 - de l'emploi d'armes ou d'engins nucléaires

susceptibles d'exploser du fait de la modification de la structure du noyau atomique, de réactions nucléaires, radioactivité, et radiations ionisantes, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales.

8.2. Les prestations suivantes :

- les soins et traitements esthétiques, les prestations relevant de la spécialité en chirurgie plastique, sauf ceux consécutifs à un accident survenu après la date de prise d'effet de la garantie ou ceux qui font l'objet d'une intervention dans le cadre de la législation de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- les frais d'implants et prothèses dentaires sauf s'ils résultent directement d'un accident dûment prouvé par l'assuré, survenu après la date de souscription et pour lequel l'assurance intervient ;
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, sauf s'ils sont en rapport direct avec la cause de l'hospitalisation pour laquelle l'assurance intervient ;
- les dépenses de confort (téléphone, télévision, boissons, produits de toilette, etc.) sauf en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit en chambre à plus d'un lit ou en cas d'hospitalisation de jour ;

8.3. Toute hospitalisation débutant avant la prise de cours du contrat ou pendant la période de stage ;

8.4. Tous les séjours d'une nuit et les hospitalisations de jour ayant pour seul objet l'hémodialyse ou toute forme de dialyse ;

8.5. La société mutualiste se réserve le droit de vérifier la légalité des montants facturés pour les différents éléments de son intervention. L'intervention peut être suspendue le temps nécessaire à l'analyse des pièces transmises par l'assuré et de tous les renseignements complémentaires éventuellement fournis. L'intervention est refusée lorsque le caractère illégal de la facturation est constaté ;

8.6. Lorsque la durée du séjour dans un établissement hospitalier dépasse la période médicalement nécessaire, la société mutualiste a le droit de limiter ses prestations à un montant relatif aux prestations médicalement nécessaires.

9. Subrogation

Lorsque l'assureur intervient, ou est tenu d'intervenir, dans le cadre du contrat, il est subrogé dans tous les droits et actions appartenant à l'assuré contre les tiers responsables de l'événement donnant lieu à son intervention.

En conséquence, l'assuré ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de la société mutualiste.

Il s'engage, en outre, à renouveler cette subrogation à la demande. Dans tous les cas, le subrogé dispose du libre arbitre quant à l'opportunité d'intenter une action en justice et sur les suites qu'il convient d'y donner.

10. Contestations - litiges

Le remboursement des prestations ne sera accordé que sous réserve du droit, pour la société mutualiste de faire contrôler à tout moment par le médecin contrôleur, l'état de santé de l'assuré. De plus, l'assuré autorisera le médecin traitant à fournir au médecin contrôleur tous renseignements relatifs à son état de santé.

Toute contestation de nature médicale entre l'assuré et la société mutualiste sera soumise, d'une part, au médecin traitant de l'assuré et, d'autre part, au médecin contrôleur de la société mutualiste.

En cas de désaccord, ils désigneront en commun un troisième médecin qui décidera irrévocablement. En cas de désaccord quant à la désignation d'un tiers médecin, ladite désignation se fera à la demande de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son médecin. Les honoraires et frais du troisième médecin sont partagés par moitié.

Au cas où le désaccord persisterait, la société mutualiste pourra proposer à l'assuré de soumettre ce litige à la procédure prévue à l'article 1678 du Code Judiciaire.

Seule la loi belge est applicable à la présente assurance.

11. Résiliation – sanction

La société mutualiste se réserve le droit, en plus de se réserver la possibilité d'exclure un membre de sa société sur base de l'article 5 de ses statuts, de résilier le contrat en cas de fraude ou tentative de fraude en vue d'obtenir des remboursements indus.

Le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure conformément au point 15.4 ci-dessous.

La société mutualiste se réserve le droit de réclamer le remboursement des indemnités payées indûment.

12. Durée de contrat et résiliation

12.1. L'assurance est conclue à vie, sans préjudice des points 11 et 12.2.

12.2. Le preneur d'assurance peut résilier à tout moment. La résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai de trois mois prenant cours le 1^{er} jour du mois qui suit la date de la signification, du récépissé ou, dans le cadre d'une lettre recommandée, de son dépôt à la poste.

Sans préjudice de ce qui précède, le contrat prend fin lorsque l'assuré :

- n'est plus membre de la FMSB ;
- a perdu la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire en raison du non-paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire durant une période consécutive d'au moins 24 mois, ou est en

retard de paiement de 6 mois depuis que la période visée à l'article 2 quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés ; Par dérogation aux dispositions à l'alinéa précédent, aucune personne ne peut acquérir avant le 1^{er} janvier 2022 la qualité d'un membre de la FMSB dont la possibilité de bénéficier de l'assurance complémentaire est supprimée. Le cas échéant, la personne maintient durant la période allant du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au 31 décembre 2021, la qualité de membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue.

- décède.

Lorsque le contrat prend fin, il cesse ses effets y compris pour les hospitalisations en cours.

13. Dispositions administratives

Le domicile des parties est élu de droit :

- celui de la société mutualiste à son siège social ;
- celui du preneur d'assurance, à sa dernière adresse officiellement connue de la société mutualiste.

Le preneur d'assurance a l'obligation d'aviser la société mutualiste de tout changement de résidence, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile connu de la société mutualiste.

14. Assistance en Belgique

Hospimut Plus offre les services d'assistance, ci-après, aux assurés qui ont droit à l'intervention de l'assurance dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une hospitalisation de jour en Belgique et qui ont terminé leur stage. Ces services sont offerts sur simple appel à la Centrale d'Assistance de la F.M.S.B., accessible 24 heures sur 24, Tél. : 02 546 15 80.

Garde d'enfants à domicile

L'assurance organise, dans les 24 heures, et prend en charge les frais de garde des enfants de l'assuré, âgés de 3 mois à 14 ans, dans l'une des trois situations suivantes :

- 1) Si l'assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à deux jours, à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine et imprévisible, l'assurance intervient dans la garde de ses enfants pendant la première nuit qui suit cette hospitalisation, soit entre 19 heures et 8 heures, si aucune autre personne ne peut s'en charger. Cette garde est également accordée durant maximum 5 jours ouvrables, du lundi au samedi, entre 8 heures et 19 heures, à concurrence de maximum 10 heures par jour, pendant que le conjoint exerce son activité professionnelle.
- 2) En cas d'accouchement, l'assurance intervient dans la garde des enfants durant maximum 3 jours ouvrables situés pendant le séjour à l'hôpital de l'assuré, du lundi au samedi, à concurrence de maximum 10 heures par jour et ce, pendant que le conjoint exerce son activité

professionnelle.

- 3) En cas d'accouchement, l'assurance intervient dans la garde des enfants durant maximum 3 jours ouvrables, à partir du lendemain d'un court séjour (maximum 2 nuits) à l'hôpital de la mère, du lundi au samedi, à concurrence de maximum 10 heures par jour, pendant que le conjoint exerce son activité professionnelle.

Les interventions prévues aux points 2) et 3) ci-avant ne sont pas cumulables.

Cette garde est destinée à assurer une présence attentive auprès de maximum 3 enfants et à effectuer les tâches normalement assurées par la mère ou le père de famille, à l'exclusion des travaux ménagers et des transports entre l'école et le domicile.

15. Prime

15.1. Montant

La prime du contrat est calculée sur la base du tarif en vigueur et de l'âge des personnes à assurer au jour de la prise de cours du contrat.

Elle est recalculée à chaque échéance annuelle sur la base du tarif en vigueur et de l'âge des personnes assurées à l'anniversaire de la date de prise de cours du contrat.

La prime couvre une période de 12 mois.

En cas de modification concernant les personnes à assurer en cours d'année d'assurance, la prime du contrat est adaptée avec effet au premier jour du mois à partir duquel la modification du contrat est effective.

Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation imposé par la loi ou toute autre disposition réglementaire, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

15.2. Indexation

Les primes individuelles sont indexées chaque année avec effet au 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice spécifique résultant des valeurs définies à l'article 6, § 3, alinéa 2, et 6, § 4 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (valeurs indépendantes des catégories d'âge), pour la garantie "chambre individuelle".

Les primes peuvent au maximum être adaptées au pourcentage d'évolution entre le dernier indice spécifique publié, et l'indice spécifique de l'année qui précède, pour autant que cette variation dépasse l'évolution de l'indice des prix à la consommation au cours de la même période. Si ce n'est pas le cas, les primes sont adaptées en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre.

Les résultats obtenus sont divisés par douze et arrondis

sur l'eurocent inférieur. Ensuite, ces résultats sont à nouveau multipliés par douze.

Si la société mutualiste modifie les conditions ou les montants de prime, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite.

15.3. Révision

En dehors de l'indexation annuelle, la prime du contrat ne peut être adaptée après la conclusion de celui-ci, qu'à l'intervention de l'Office de Contrôle des Mutualités, si celui-ci constate ou si la Société Mutualiste d'Assurances l'informe que l'application du tarif donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes et qu'il exige que l'assureur mette

ce tarif en équilibre, conformément à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

Le relèvement d'un tarif s'applique aux primes des contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'Office de Contrôle des Mutualités, sans préjudice du droit du preneur de résilier le contrat.

15.4. Paiement

La prime est annuelle et payable par anticipation au siège central de la société mutualiste.

Toutefois, le fractionnement du paiement par trimestre est possible moyennant obligatoirement une domiciliation bancaire.

Les dates de paiement et les montants de prime sont communiqués au preneur d'assurance.

A défaut de paiement de la prime (annuelle ou trimestrielle) à l'échéance, une mise en demeure de paiement est envoyée par courrier recommandé au preneur d'assurance. L'envoi de ce courrier fait courir un délai de paiement de 15 jours à partir du lendemain de la date de dépôt à la poste. Lorsque le paiement n'intervient pas dans ce délai, le contrat est résilié.

Les primes payées pour une période postérieure à une résiliation en bonne et due forme du preneur d'assurance sont remboursées suivant les dispositions légales.

15.5. Primes individuelles

Tarif applicable au 1er janvier 2022 (toutes taxes comprises - EUR) :

	0 à 45 ans inclus	46 à 49 ans inclus	50 à 54 ans inclus	55 à 59 ans inclus	60 à 65 ans inclus	66 ans et +
Age à l'anniversaire de la prise de cours du contrat						
0 à 17 ans inclus	62,40	/	/	/	/	/
18 à 24 ans inclus	78,48	/	/	/	/	/
25 à 49 ans inclus	214,56	225,36	/	/	/	/
50 à 59 ans inclus	264,96	278,64	291,72	397,92	/	/
60 à 65 ans inclus	465,60	,489,12	512,16	698,88	792,24	/
66 à 70 ans inclus	465,60	489,12	512,16	698,88	792,24	1.029,84
71 ans et +	465,60	489,12	512,16	698,88	792,24	1.148,76

**Annexe : liste des hôpitaux appliquant plus de 200 % de suppléments d'honoraires,
valable pour l'année 2022**

Wallonie :

- CHIREC – Braine-l'Alleud-Waterloo -
1420 Braine-l'Alleud
- C.H.C. MONT LEGIA – 4000 Liège
- C.H.C. / CLINIQUE NOTRE DAME - 4681 Hermalle /
Argenteau
- C.H.C. / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH -
4802 Verviers (Heusy)
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - 6041 Charleroi
(Gosselies)
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - 6460 Chimay
- C.H.U. AMBROISE PARE - 7000 Mons
- C.H.R. De la Haute Senne - 7060 Soignies
- C.H.U. DE TIVOLI - 7100 La Louvière
- C.H. EPICURA (RHMS) - 7301 Hornu, 7331 Baudour et
7800 Ath

Bruxelles :

- C.H.U. JULES BORDET - 1000 Bruxelles
- HOPITAL BRUGMANN (Sites Victor Horta, Pau Brien
et Reine Astrid) - 1020, 1030 et 1120 Bruxelles
- HOPITAUX D'IRIS SUD (Baron Lambert, Etterbeek-
Ixelles, Bracops et Molière) - 1040, 1050, 1070 et
1190 Bruxelles
- CHIREC (Ste-Anne/St-Remi, Basilique, Delta, Edith
Cavell), 1070, 1083, 1160 et 1180 Bruxelles
- HOPITAL ERASME - 1070 Bruxelles
- C.M.P. LA RAMEE - 1180 Bruxelles
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC -
1200 Bruxelles

Flandre :

- UZ GENT – 9000 Gent

16. Assurance hospitalisation HOSPIMUT Plus Continuité

Les assurés qui, momentanément, ne peuvent souscrire à l'assurance Hospimut Plus parce qu'ils sont couverts pour le risque d'hospitalisation par une police accordée par un employeur peuvent opter pour Hospimut Plus Continuité. Cette option leur donne la possibilité :

- de souscrire à l'assurance Hospimut Plus sans stage et sans devoir payer des primes majorées pour cause d'affiliation à un âge tardif, dès que l'assurance hospitalisation collective de l'employeur prendra fin, et ce quelle qu'en soit la raison ;
- de prétendre à une intervention sur le solde restant à charge, après l'intervention de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur.

La souscription doit s'effectuer au plus tard dans le courant du mois qui précède le 65^{ème} anniversaire et ce, aussi bien pour le preneur d'assurance que pour les personnes à charge.

1. Formalités administratives

L'option prend fin dès que la couverture hospitalisation de l'employeur se termine ou de plein droit lorsque le preneur d'assurance couvert pour le risque d'hospitalisation par son employeur atteint l'âge de 65 ans. Par conséquent, c'est au plus tard avant l'âge de 65 ans que le transfert vers Hospimut Plus peut être demandé moyennant la remise d'une attestation de l'employeur prouvant la couverture collective depuis 6 mois, à la date du transfert.

A défaut de preuve, le transfert sera réalisé sans stage mais les primes seront majorées en fonction de l'âge au moment du transfert.

Si l'assuré a opté pour Hospimut Plus continuité depuis moins d'un an, les primes seront également majorées pour les transferts à partir de 46 ans, sauf si cette option est le résultat d'un transfert d'Hospimut Plus vers Hospimut Plus Continuité.

2. Primes

2.1. Montant

La prime du contrat est calculée sur la base du tarif en vigueur et de l'âge des personnes à assurer au jour de la prise de cours du contrat.

Elle est recalculée à chaque échéance annuelle sur la base du tarif en vigueur et de l'âge des personnes assurées à l'anniversaire de la date de prise de cours du contrat.

La prime couvre une période de 12 mois.

En cas de modification concernant les personnes à assurer en cours d'année d'assurance, la prime du contrat est adaptée avec effet au premier jour du mois à partir duquel la modification du contrat est effective.

Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation imposé par la loi ou toute autre disposition réglementaire, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

2.2. Indexation

Les primes individuelles sont indexées chaque année avec effet au 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice spécifique résultant de valeurs définies à l'article 6, § 3, alinéa 2, et 6, § 4 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (valeurs indépendantes des catégories d'âge), pour la garantie "chambre individuelle".

Les primes peuvent au maximum être adaptées au pourcentage d'évolution entre le dernier indice spécifique publié, et l'indice spécifique de l'année qui précède, pour autant que cette variation dépasse l'évolution de l'indice des prix à la consommation au cours de la même période. Si ce n'est pas le cas, les primes sont adaptées en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre.

Les résultats obtenus sont divisés par douze et arrondis sur l'eurocent inférieur. Ensuite, ces résultats sont à nouveau multipliés par douze.

Si la société mutualiste modifie les conditions ou les montants de prime, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite.

2.3. Révision

En dehors de l'indexation annuelle, la prime du contrat ne peut être adaptée après la conclusion de celui-ci, qu'à l'intervention de l'Office de Contrôle des Mutualités, si celui-ci constate ou si la Société Mutualiste d'Assurances l'informe que l'application du tarif donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes et qu'il exige que l'assureur mette ce tarif en équilibre, conformément à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

Le relèvement d'un tarif s'applique aux primes des contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'Office de Contrôle des Mutualités, sans préjudice du droit du preneur de résilier le contrat.

2.4. Paiement

La prime est annuelle et payable par anticipation au siège central de la société mutualiste.

Toutefois, le fractionnement du paiement par trimestre est possible moyennant obligatoirement une domiciliation bancaire.

Les dates de paiement et les montants de prime sont communiqués au preneur d'assurance.

A défaut de paiement de la prime (annuelle ou trimestrielle) à l'échéance, une mise en demeure de paiement est envoyée par courrier recommandé au

preneur d'assurance. L'envoi de ce courrier fait courir un délai de paiement de 15 jours à partir du lendemain de la date de dépôt à la poste. Lorsque le paiement n'intervient pas dans ce délai, le contrat est résilié.

Les primes payées pour une période postérieure à une résiliation en bonne et due forme du preneur d'assurance sont remboursées suivant les dispositions légales.

2.5. Primes individuelles

Tarif applicable au 1^{er} janvier 2022 (toutes taxes comprises - EUR) :

	Age à la prise de cours du contrat				
	0 à 45 ans inclus	46 à 49 ans inclus	50 à 54 ans inclus	55 à 59 ans inclus	60 à 64 ans inclus
Age à l'anniversaire de la prise de cours du contrat					
0 à 17 ans inclus	18,48	/	/	/	/
18 à 24 ans inclus	23,16	/	/	/	/
25 à 49 ans inclus	63,72	67,20	/	/	/
50 à 59 ans inclus	78,96	83,28	87,24	118,80	/
60 et 64 ans inclus	139,44	146,28	153,12	209,16	237,12

3. Conditions de remboursement

3.1. Le stage d'attente mentionné au point 3.1 et 3.2. des conditions de Hospimut Plus doit avoir été accompli. Ce stage peut être supprimé dans les conditions décrites au point 3.1. des conditions de Hospimut Plus.

3.2. Toute hospitalisation pouvant donner lieu à intervention doit être déclarée à la société mutualiste dans les plus brefs délais au moyen de la déclaration de sinistre fournie par elle.

3.3. Le décompte de l'intervention de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur et une copie de la facture d'hospitalisation (si l'assuré est en possession de celle-ci) doivent être joints à la demande d'intervention.

3.4. Pendant la période où l'assuré bénéficie de l'assurance hospitalisation collective de l'employeur, les frais hospitaliers non couverts par celle-ci (franchise, limitations et exclusions du contrat) seront remboursés par Hospimut Plus Continuité à concurrence du solde restant à charge et de maximum 50,00 EUR par jour d'hospitalisation d'au moins une nuit en Belgique et à l'étranger ou pour une hospitalisation de jour en Belgique, en complément de l'intervention de l'assurance collective de l'employeur.

3.5. Prescription

Les pièces justificatives des dépenses pouvant donner lieu à remboursement doivent être introduites à la société mutualiste dans un délai de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins.

17. Informations légales

17.1. Modes de communication et langues employées

La SMAB communique avec les assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail à l'adresse mail@fmsb.be
- par téléphone au 02 506 99 25
- par l'intermédiaire des agences de la FMSB.

Toute communication se tient en français ou néerlandais, au choix de l'assuré.

Les documents sont disponibles en français ou en néerlandais. Les documents contractuels sont établis dans la langue utilisée par le preneur d'assurance dans ses contacts avec la FMSB.

17.2. Politique en matière de conflits d'intérêts

La SMAB s'efforce d'éviter les conflits d'intérêts dans toutes ses activités d'assurance et de distribution.

Notre politique de conflits d'intérêts peut être consultée sur le site internet <https://www.fmsb.be/fr/informations-legales-et-vie-privée-concernant-la-smab>

17.3. Droit applicable

Seul le droit belge est applicable au contrat.

17.4. Plaintes

Toute plainte relative à la convention ou à son exécution peut être introduite par écrit auprès du service "Médiation et Qualité de service" de la FMSB (rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles).

L'assuré a également la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as).