



SOCIÉTÉ MUTUALISTE  
D'ASSURANCES  
DU BRABANT - SMAB

# HOSPIMUT

## 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.*

## Table des matières

	<b>Page</b>
Définitions	3 à 4
Comment puis-je m'affilier ?	4
Quelle est la période de stage et comment l'annuler ?	4 à 5
Quand puis-je suspendre mon contrat ?	5
Y a-t-il des limites territoriales ?	5
Dans quels cas y-a-t-il une intervention ?	5 à 6
Que faut-il faire afin d'obtenir un remboursement ?	6
Combien de temps ai-je pour introduire mes frais?	6
Que se passe-t-il lorsque l'assuré décède ?	6
Dans quels cas n'y-a-t-il pas d'intervention ?	7
Que faire en cas de contestation ?	8
Comment puis-je mettre fin à mon contrat ?	8
Indexation et révision de la prime ?	8 à 9
Quand dois-je payer ma prime ?	9
Quel est le montant de la prime ?	9
Informations légales	9 à 10

## 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'affilié 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 revalidation (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'exception 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. 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.

#### **1.15. Soins et traitement dentaires**

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.

#### **1.16. 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.

#### **1.17. Une assurance présentant des garanties similaires**

Tout contrat d'assurance qui garantit le remboursement de frais d'hospitalisation sur la base des frais réellement facturés ou mis à charge de l'assuré, qui couvre les frais de séjour en chambre individuelle et qui rembourse les suppléments d'honoraires à concurrence d'au moins 100 % de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

#### **1.18. Transport urgent vers l'hôpital**

Le transport en 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.

## **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 qui 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 unions nationales des 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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) à l'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<sup>e</sup> 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 :

- les accidents survenus après la date de souscription à l'assurance ;
- 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 ;
- 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

bénéficiaire 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 s'y affilier 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 Plus à l'assurance Hospimut.

La durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir; le cas échéant la période de stage doit être complétée.

**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.

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. Etendue territoriale**

La garantie de l'assurance est valable uniquement en Belgique.

#### **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'examen, 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 de soins et prothèses dentaires subis ou placés durant l'hospitalisation consécutive à un accident pour autant qu'il y ait intervention légale.

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 d'affiliation, d'autre part. Cette restriction est supprimée pour l'assuré qui la veille de la prise d'effet de l'assurance bénéficiait de l'assurance Hospimut Plus ou d'une autre 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 de l'assurance Hospimut Plus ou d'une autre 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 ;

**6.1.3.** sauf disposition contraire, l'assurance n'intervient que dans les prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Son intervention est limitée à un maximum d'une fois le montant de cette intervention légale ;

**6.1.4.** pour les frais de séjour, l'assurance remboursera, en plus de la quote-part personnelle, les suppléments de chambre à concurrence de 25 EUR par jour ;

**6.1.5.** pour l'hospitalisation de jour, l'assurance remboursera le forfait hospitalier à concurrence d'un montant maximum de 37 EUR à condition qu'un forfait service chirurgical (service 320), un miniforfait (service 720), un maxiforfait (service 730) ou un forfait de groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 (service 840) ou un forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 (service 840) ait été facturé ;

**6.1.6.** pour les implants et prothèses avec ou sans intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la marge de délivrance et le matériel endoscopique et de viscérosynthèse avec ou sans intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les montants à charge du patient seront remboursés intégralement, à concurrence d'un plafond unique de 2.650,00 EUR par hospitalisation pour l'ensemble de ces prestations ;

**6.1.7.** 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. Aucune intervention ne sera accordée pour le supplément de la chambre ni pour les suppléments d'honoraires ;

**6.1.8.** pour les séjours en service 300-G ou R (service gériatrie ou rééducation) ou en service spécialismes (services 610-S1, 620-S2, 630-S3, 640-S4, 650-S5 et 660-S6) aucune intervention ne sera accordée pour le supplément de la chambre ni pour les suppléments d'honoraires ;

**6.1.9.** pour les honoraires, l'assurance remboursera, en plus de la quote-part personnelle à charge du patient, les suppléments à concurrence de maximum 100 % de l'intervention à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

**6.1.10.** les médicaments appartenant à la catégorie D ainsi que le forfait journalier pour les médicaments font l'objet d'un remboursement ;

**6.1.11.** les produits parapharmaceutiques 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 soins de santé et indemnités, mais dont le coût peut légalement être mis à charge du patient, sont indemnisés à concurrence de 100,00 EUR par hospitalisation.

**6.1.12.** les frais relatifs à la fertilisation in vitro ;

**6.1.13.** l'assurance interviendra dans les frais réellement supportés pour le transport urgent vers l'hôpital avec un maximum de 150,00 EUR par année, après toute autre intervention, y compris celle prévue par l'assurance complémentaire de la FMSB.

**6.2.** Ainsi calculé, ce montant de remboursement :

- sert de base pour l'application de la franchise de 75 EUR. Cette franchise est déductible annuellement pour tout assuré. Toutefois, elle n'est appliquée que pour les cas d'hospitalisation en chambre particulière ;
- est plafonné au montant maximum d'intervention de 25.000 EUR par année et par assuré ;
- est plafonné au montant maximum d'intervention de 25.000 EUR par hospitalisation ;
- 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 en matière d'assurance complémentaire auprès de la F.M.S.B. 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 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 oeuvre 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.

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.

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.** 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 l'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.

## **8. Exclusion de l'intervention**

Sont exclus de la couverture :

**8.1.** toute hospitalisation résultant :

- d'un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agit 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 accident survenu à la personne assurée en état d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques, ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, sauf en cas de preuve qu'il n'existe aucune relation causale entre l'accident et ces circonstances ou si l'assuré fournit la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu contraint par un tiers ;
- 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 participation à un crime ou un délit ;
- 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 soins et traitements qui ne tendent pas directement à faire disparaître les affections (cures, produits cosmétiques, hygiéniques, alimentaires ou fortifiants, les boissons) ;
- l'entretien, la garde et l'assistance nécessités par l'impotence de l'assuré ;
- les soins et traitements dentaires de toute nature, sauf s'ils résultent directement d'un accident dûment prouvé par l'assuré et pour lequel l'assurance intervient. Exception est également faite pour l'extraction, sous anesthésie générale, d'une dent de sagesse ;
- les soins et traitements prestés lorsque l'assuré est interné ou colloqué ;
- les soins et traitement expérimentaux ou non scientifiquement éprouvés ;
- 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.

**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**

Sans préjudice de l'article 95 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, 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 l'assurance.

Il s'engage, en outre, à renouveler cette subrogation à la demande. Dans tous les cas, la subrogée 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, en plus de se réserver la possibilité d'exclure un membre de sa société sur base de l'article 5 des présents statuts, se réserve le droit 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 14.4 ci-dessous.

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

## **12. Durée du 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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. Primes**

### **14.1. 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 base du tarif en vigueur et de l'âge des personnes assurées au 1<sup>er</sup> janvier.

La prime couvre une année d'assurance.

La première année d'assurance se termine le 31 décembre. Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

La prime pour la première année d'assurance est proportionnelle au nombre de mois couverts.

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.

## 14.2. Indexation

Les primes individuelles sont indexées chaque année avec effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

## 14.3. 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.

## 14.4. 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.

## 14.5. Primes individuelles

Tarif applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (toutes taxes comprises – EUR)

Age au 1er janvier	Age à la prise de cours du contrat	
	0 à 65 ans inclus	66 ans et +
0 à 24 ans inclus	40,44	-
25 à 49 ans inclus	81,36	-
50 à 59 ans inclus	122,28	-
60 à 65 ans inclus	163,20	-
66 à 70 ans inclus	235,08	318,72
71 ans et +	235,08	355,68

En cas de passage de l'assurance Hospimut Plus à l'assurance Hospimut, l'âge à la prise de cours du contrat Hospimut Plus est prise en compte pour le calcul de la prime du contrat Hospimut.

## 15. Informations légales

### 15.1. 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](mailto: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.

### 15.2. 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-légales-et-vie-privée-concernant-la-smab>

### 15.3. Droit applicable

Seul le droit belge est applicable au contrat.

#### **15.4. 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](mailto:info@ombudsman.as)).