



SOCIÉTÉ MUTUALISTE
D'ASSURANCES
DU BRABANT - SMAB

ICH

Conditions générales au 1er janvier 2019

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

	Page
Définitions	3
Comment puis-je m'affilier ?	3 à 4
Quand le contrat prend-t-il fin?	4
Quel est le montant de la prime?	4
Comment puis-je mettre fin au contrat ?	4
Indexation de la prime	4
Quelle est la période de stage ?	4 à 5
A combien s'élève l'intervention ?	5
Dans quels cas n'y a-t-il pas d'intervention ?	5
Combien de temps ai-je pour introduire la demande de remboursement ?	5
Que se passe-t-il lorsque l'assuré décède ?	5
Que faire en cas de litige ?	5
Informations légales	5 à 6

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. Assuré

Le preneur d'assurance et les personnes à charge désignés aux conditions particulières, et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

1.2. Date de souscription

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) ait été payée à l'échéance .

1.3. Date de début de droit

Date à laquelle le stage a pris fin et la garantie a pris cours.

1.4. Période de stage

La période débutant à la date de souscription à l'assurance et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

1.5. Hospitalisation

Par "hospitalisation", on entend chaque séjour en hôpital, médicalement justifié, pour lequel le prix de la journée d'entretien (minimum une nuit) est remboursé sur la base de la législation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

1.6. Hôpital

Par "hôpital", on entend chaque établissement reconnu comme tel par la loi.

Les services suivants donnent droit à l'intervention :

- B : 200 service de traitement de la tuberculose
- C : 210 service de diagnostic et de traitement chirurgical
- D : 220 service de diagnostic et de traitement médical
- E : 230 service de pédiatrie
- G (R) : 300 service de gériatrie et de revalidation
- H : 240 service d'hospitalisation simple
- L : 250 service des maladies contagieuses
- M : 260 service de maternité
- N : 270 service de soins néonataux intensifs
- n : 190 section de soins néonataux non-intensifs

Sp: service spécialisé pour le traitement et la réadaptation

fonctionnelle destinée à des patients atteints :

- S1 610 d'affections cardio-pulmonaires,
- S2 620 d'affections locomotrices,
- S3 630 d'affections neurologiques,
- S4 640 d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs,
- S5 650 d'affections de polyopathologies chroniques nécessitant des soins palliatifs,
- S6 660 d'affections psychogériatriques.

- A : 370 service neuropsychiatrique
- A1 : 380 hospitalisation de jour en service A
- A2 : 390 hospitalisation de nuit en service A
- K : 340 service de neuropsychiatrie infantile
- K1 : 350 hospitalisation de jour en service K
- K2 : 360 hospitalisation de nuit en service K
- : 290 unité de traitement de grands brûlés
- T : 410 service psychiatrique (jour et nuit)
- IB: 480 service de soins intensifs pour patients psychiatriques
- I: 490 service de soins intensifs

à l'exception :

- des établissements et services psychiatriques sauf les services A, A1, A2, K, K1, K2 et T) ;
- des maisons de soins psychiatriques ;
- des établissements médico-pédagogiques;
- des maisons de repos, et des établissements ou services reconnus comme maisons de repos et de soins;
- des établissements de thermalisme;
- des centres de réadaptation;
- des sanatoriums et des préventoriums.

1.7. 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.

1.8. Assurance similaire

Tout contrat d'assurance qui garantit le paiement d'une indemnité forfaitaire journalière en cas de séjour à l'hôpital.

2. 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 en ordre de cotisations à l'assurance complémentaire, qui sont assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui bénéficient de l'intervention de celle-ci.

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 de 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^e mois qui suit la naissance ou l'adoption.

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 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. Fin du droit

3.1. Le contrat prend fin de plein droit :

- en cas de décès;
- lorsque l'assuré n'est plus membre de la FMSB.

3.2. Lorsque le contrat prend fin, les effets sont abrogés y compris pour les hospitalisations en cours.

4. Prime

4.1. Les preneurs d'assurance payent une prime en fonction du nombre d'assurés et de l'âge des assurés au moment de la souscription et à la date anniversaire de la souscription.

Cependant, lorsqu'un contrat compte au moins 4 assurés de moins de 18 ans, il n'est pas tenu compte des 4^e et suivant(s) d'entre-eux pour le calcul de la prime.

Quatre tranches d'âge sont prévues :

- a) de 0 à 17 ans inclus,
- b) de 18 à 59 ans inclus,
- c) de 60 à 74 ans inclus,
- d) 75 ans et plus.

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.

Primes annuelles en EUR :

Tarif applicable au 1^{er} janvier 2019 (toutes taxes comprises)

Age à l'anniversaire de la souscription	Age à la souscription	
	0 à 74 ans inclus	75 ans et plus
0 à 17 ans	12,84 EUR	-
18 à 59 ans	32,88 EUR	-
60 à 74 ans	60,48 EUR	-
75 ans et plus	70,44 EUR	101,64 EUR

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.

4.2. La prime couvre une période de 12 mois.

4.3. La résiliation du contrat par le preneur d'assurance est possible moyennant un préavis de trois mois donné par lettre recommandée. Le préavis prend cours le premier jour du mois qui suit le dépôt à la poste de la lettre recommandée.

4.4. 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.

A défaut de paiement de la prime (trimestrielle), le contrat sera résilié à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure.

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

4.5. A la date anniversaire de la souscription, la cotisation est adaptée en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre. La cotisation indexée de l'année 'n' sera obtenue en multipliant la cotisation de l'année n-1 par l'indice du mois de septembre de l'année n-1 divisé par l'indice du mois de septembre de l'année n-2. Le résultat obtenu est divisé par douze et arrondi sur l'eurocent inférieur. Ensuite, ce résultat est à nouveau multiplié 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.

5. Stage

Le stage est de 6 mois.

Il est supprimé pour :

5.1. les assurés qui sont portés légalement à charge du preneur d'assurance après la date de souscription à l'assurance, dans les cas de naissance ou d'adoption, et qui sont ajoutés au contrat d'assurance conformément à l'article 2, pour autant que le stage ait été accompli par le preneur d'assurance. Lorsqu'une partie du stage a été accomplie, ces personnes à charge sont également considérées comme ayant accompli cette partie.

5.2. les personnes à charge d'un preneur d'assurance dont l'assurance a pris fin et qui restent membres de la F.M.S.B. soit en devenant eux-mêmes titulaires, soit en devenant personne à charge d'un autre titulaire, pour autant que le stage ait été accompli dans son intégralité et qu'il n'y ait pas d'interruption. Si le stage n'a pas été accompli totalement, il devra être complété.

5.3. le preneur d'assurance qui transfère la garantie prise dans le cadre d'une assurance hospitalisation

« HOSPIMUT » ou « HOSPIMUT PLUS » vers une souscription dans le cadre du contrat pour autant que le stage ait été accompli dans le cadre de l'assurance hospitalisation « HOSPIMUT » ou « HOSPIMUT PLUS », sinon il devra être complété.

5.4. l'assuré qui la veille de son inscription était couvert par une assurance similaire. Si la durée de souscription à cette assurance similaire est inférieure à la durée du stage d'attente prévue par l'assurance dans laquelle il souscrit, dans ce cas, ladite durée de souscription est portée en diminution de la durée de stage d'attente à accomplir.

6. Octroi d'indemnité d'hospitalisation

6.1. En cas de séjour en hôpital et pour autant que les conditions soient remplies, une indemnité journalière de 12 EUR sera accordée avec un maximum de 180 jours (2.160 EUR par année couverte par l'affiliation). Par contre, pour la tranche d'âge 18-59 ans, l'indemnité journalière s'élèvera à 20 EUR avec un maximum de 180 jours soit un maximum de 3.600 EUR par année couverte par l'assurance. Cependant pour les services G, et Sp, l'intervention sera accordée avec un maximum de 30 jours (360 EUR par année couverte par l'affiliation); (600 EUR par année couverte par l'affiliation pour la tranche d'âge 18-59 ans).

6.2. Le paiement des indemnités est fait au preneur d'assurance sur présentation d'un document officiel fourni par la société mutualiste et complété par l'hôpital.

6.3. Les indemnités sont dues à partir du jour de l'admission jusqu'au jour de la sortie indiqués sur le document officiel visé au point 6.2. et signé.

7. Exclusion du droit à l'indemnisation

Le droit à l'indemnisation est refusé dans les cas suivants :

7.1. si l'hospitalisation est en cours avant la souscription à l'assurance ou pendant la période de stage ;

7.2. si l'hospitalisation a lieu à l'étranger, excepté dans les cas où le prix de la journée d'entretien est pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

7.3. si l'hospitalisation a lieu suite à un accident survenu à l'occasion d'un exercice physique pratiqué au cours d'une compétition ou exhibition sportive pour lesquelles les participants reçoivent une rémunération sous quelque forme que ce soit ;

7.4. si l'hospitalisation a pour but principal les soins et traitements esthétiques, excepté les cas prévus dans la législation assurance obligatoire soins de santé et indemnité ;

7.5. si l'hospitalisation a lieu suite à une tentative de suicide ;

7.6. si l'hospitalisation est la conséquence d'une faute provoquée délibérément par l'assuré ;

7.7. lorsque l'hospitalisation en Belgique ne donne pas droit à une prise en charge de la journée d'entretien par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

8. Récupération d'indemnités payées indûment

L'assurance se réserve le droit de récupérer les indemnités payées indûment.

9. Subrogation

Lorsque l'assurance intervient, ou est tenue d'intervenir, dans le cadre du contrat, elle est subrogée à l'assuré dans tous les droits et actions de celui-ci contre tous tiers.

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 de la société mutualiste. Dans tous les cas, la société mutualiste dispose de la faculté de juger de l'opportunité d'intenter une action en justice et sur les suites qu'il convient d'y donner.

10. Prescription

Le document officiel fourni par la société mutualiste doit être introduit dans un délai de trois ans. Le délai court à partir du jour de la date d'admission de l'hospitalisation.

11. Décès de l'assuré

En cas de décès d'un assuré, l'indemnisation sera accordée :

- au conjoint survivant ou cohabitant légal survivant,
- à défaut au notaire représentant la succession ou à l'un des héritiers légaux sur la base d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers.
- à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais de l'hospitalisation pour laquelle l'indemnisation est sollicitée.

12. Litiges

En cas de litige entre l'assuré et l'assurance, la société mutualiste pourra proposer à l'assuré de soumettre ce litige à la procédure prévue à l'article 1678 du Code judiciaire.

13. Information légales

13.1. 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 96 11
- 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.

13.2. 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/gouvernance>

13.3. Droit applicable

Seul le droit belge est applicable au contrat.

13.4. 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).