



Conditions générales

**Hospi
Forfait Base**

**Hospi
Forfait Plus**

TABLE DES MATIÈRES

1. Définitions	3
2. Conditions d'affiliation	4
3. Début, durée et fin du contrat	4
a. Début et durée du contrat	4
b. Fin du contrat	4
4. Stage	4
a. Période de stage générale	4
b. Dispense de la période de stage	6
c. Passage à une autre formule d'assurance	6
5. Garantie	6
6. Remboursement en cas de dommages à l'étranger	7
7. Demande d'intervention - prescription	7
8. Exclusions	7
9. Primes	8
10. Dispositions générales	9

1. Définitions

Accident

Tout événement soudain qui occasionne une lésion physique et dont la cause (ou une des causes) est étrangère à l'organisme de la victime. Les lésions doivent être constatées par un médecin habilité à pratiquer soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de l'événement.

Année d'assurance

Une année d'assurance débute chaque année le jour où le contrat d'assurance a débuté et se termine le jour d'échéance annuel.

Assurance hospitalisation similaire

Une assurance hospitalisation organisée par un autre assureur -soit une société mutualiste d'assurances, soit un assureur privé- qui prévoit une intervention forfaitaire ou couvrant les frais, similaire à celle prévue par une des formules d'assurance d'Hôpital Plus. Une autre assurance hospitalisation est similaire lorsque les primes, les plafonds annuels et les interventions dans les suppléments d'honoraires ou l'intervention journalière sont similaires à ceux des formules d'assurance d'Hôpital Plus.

Assuré

La personne sur qui pèse le risque. Il s'agit du bénéficiaire du contrat d'assurance.

Assureur

La société mutualiste d'assurances (SMA) Hôpital Plus, siège social rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles, no. d'entreprise 0471.459.194, agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités sous le numéro 450/01 pour offrir des assurances sous les branches 2 (maladie) et 18 (assistance).

Co-assuré

L'assuré qui n'est pas le titulaire du contrat.

Date d'échéance

La date d'échéance annuelle du contrat d'assurance est la date à laquelle chaque année le contrat d'assurance vient à échéance. La prime annuelle pour la prochaine année d'assurance est redevable au plus tard à la date d'échéance annuelle. La première date d'échéance se situe un an après la date de début du contrat. Pour un contrat dont la date d'échéance est le 31 mai, la date d'échéance du contrat d'assurance avec Hôpital Plus se situera chaque année le 30 avril.

Date de début du contrat

La date à laquelle le contrat entre en vigueur. C'est à cette date que la période de stage débute ou qu'en cas d'expiration de la période de stage, les garanties entrent en vigueur, à condition que l'entière prime de début ait été payée à la fin du premier mois du contrat. La date de début du contrat est mentionnée dans les conditions spécifiques. Elle ne se situe jamais avant le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assureur reçoit la proposition d'assurance complétée et signée.

Hospitalisation

Une hospitalisation est tout séjour estimé médicalement nécessaire dans un hôpital public ou privé disposant de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement prouvés, pour lequel dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire au moins une journée d'hospitalisation est portée en compte. Hôpital Plus ne considère e.a. pas comme une hospitalisation un séjour dans une des institutions suivantes : une institution médico-pédagogique, une maison de repos et de soins (MRS), une institution de cures thermales, un centre de revalidation, un sanatorium, un centre médico-psychiatrique, une maison de repos pour personnes

âgées, un hôpital ou une partie d'un hôpital ayant une reconnaissance spéciale comme MRS, une maison de soins psychiatriques (MPS).

Hospitalisation de jour

Une hospitalisation sans nuitée pour laquelle le prix de la journée d'hospitalisation n'est pas porté en compte, dans le cadre d'une intervention chirurgicale pour laquelle un maxi forfait, un forfait chirurgical ou un forfait A, B, C ou D est porté en compte.

Personne à charge

Une personne physique qui, dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, n'est pas affilié comme titulaire mais comme personne à charge d'un titulaire.

Preneur d'assurance

La personne physique ou juridique ayant signé le contrat. Le preneur d'assurance est le titulaire du contrat et est responsable du paiement des primes pour toutes les personnes assurées du contrat.

Prime annuelle

La prime due pour bénéficier pendant toute une année de la couverture des assurances d'Hôpital Plus. La prime annuelle est égale à douze fois les primes mensuelles reprises dans les tableaux figurant à E. Primes. La prime annuelle est due le jour de l'échéance annuelle du contrat.

Prime de début

La prime correspondant à l'âge de l'affilié au moment où le contrat entre en vigueur.

Stage

Le stage ou la période de stage est la période qui commence à courir à la date de début du contrat et pendant laquelle l'assuré n'a pas droit aux interventions de l'assureur.

Supplément d'honoraires

L'honoraire supplémentaire porté en compte par le prestataire de soins en plus de l'honoraire conventionnel. Les prestataires de soins ne peuvent pas porter en compte des suppléments d'honoraires aux patients qui, lors d'une hospitalisation de plusieurs jours, séjournent dans une chambre à deux ou à plusieurs personnes. Les prestataires de soins non conventionnés peuvent aussi porter en compte des suppléments d'honoraires aux patients séjournant dans une chambre à deux personnes lors d'une hospitalisation de jour.

Titulaire

Une personne physique qui, par son activité professionnelle ou sa situation assimilée, a ou peut avoir des droits en assurance maladie et indemnités obligatoire et qui, en cette qualité, est affiliée à une des mutualités libérales.

2. Conditions d'affiliation

Toute personne membre d'une des mutualités libérales affiliées à la SMA et y payant la cotisation d'assurance complémentaire (les opérations), peut s'assurer auprès d'Hôpital Plus. Le contrat est valable tant pour le titulaire que pour les personnes à charge. Faire une demande d'affiliation n'est pas possible qu'à l'aide de la proposition d'assurance prévue à cet effet.

La personne désirant prendre une assurance à intervention forfaitaire journalière auprès d'Hôpital Plus peut le faire jusqu'au dernier jour précédant son 66ième anniversaire. Cela vaut également pour les éventuelles personnes à charge. Le critère d'âge n'est pas d'application aux personnes assurées auprès d'une assurance hospitalisation similaire offerte par une autre mutualité le jour précédant immédiatement celui de la demande d'affiliation auprès d'Hôpital Plus. Comme preuve de l'existence de ce contrat, le candidat-assuré

joindra à la proposition d'assurance complétée et signée une attestation d'assurance établie par l'ancien assureur. Cette attestation doit clairement indiquer pour tous les assurés la date de début du contrat, la date de fin et le fait que toutes les primes ont été payées.

Les candidats-assurés ne doivent pas compléter de questionnaire médical.

3. Début, durée et fin du contrat

a. Début et durée du contrat

Le contrat débute à la date de début du contrat spécifiée dans les conditions particulières, à condition que le/les candidat(s)-assuré(s) réponde(nt) aux conditions d'affiliation. La garantie prend cours à la date de début du contrat lorsque le preneur d'assurance a payé la prime de début. Cette prime doit être payée avant la fin du premier mois du contrat. Si tel est le cas, la garantie prend cours à la date de début du contrat.

Le contrat auprès de la SMA Hôpital Plus ne peut jamais prendre cours avant le début de l'affiliation auprès d'une des mutualités libérales affiliées auprès de la SMA.

Le paiement spontané d'une prime, sans avoir y être invité, n'est pas considéré comme un contrat.

Le contrat avec la SMA Hôpital Plus est de durée illimitée et dure en principe toute la vie.

b. Fin du contrat

Le contrat prend fin lorsque l'assuré n'est plus membre d'une des mutualités libérales affiliées auprès d'Hôpital Plus. Le contrat auprès d'Hôpital Plus prend alors fin le dernier jour de l'affiliation auprès de la mutualité. Le cas échéant, l'assureur rembourse la prime payée pour les mois restants de l'année d'assurance. Ce remboursement

a lieu endéans un délai de 30 jours, conformément à l'article 73 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014.

Le contrat prend également fin lorsque l'assuré décède. Le cas échéant, l'assureur rembourse aux héritiers la prime payée pour les mois restants de l'année d'assurance. Ce remboursement a lieu dans un délai de 30 jours, conformément à l'article 73 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014.

Le contrat d'assurance n'est pas unilatéralement résiliable par l'assureur, sauf en cas de défaut de paiement. L'assuré/preneur d'assurance peut à tout moment résilier le contrat. Il met fin au contrat par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise d'une lettre de résiliation contre accusé de réception. Lors de la résiliation du contrat d'assurance, le délai de résiliation est d'un mois et prend cours le jour suivant celui de la remise de la lettre recommandée à la poste, de la signification de l'exploit d'huissier ou de la date de l'accusé de réception de la lettre de résiliation.

En application des articles 69, 70, 71 et 72 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014, l'assureur a le droit de résilier le contrat en cas de paiement tardif ou de non-paiement de la prime (voir 9. Primes). Dans ce cas, les primes non-payées restent redevables à l'assureur avec une limite de deux primes annuelles consécutives.

4. Stage

a. Période de stage générale

La période de stage générale pour les nouveaux assurés auprès des assurances hospitalisation de la SMA Hôpital Plus est de trois mois. Elle débute à la date de début du contrat. Lorsque pendant la période de stage des hospitalisations ont lieu, la durée de ces périodes d'hospitalisation est ajoutée à la période de stage. Pendant la période de stage, l'assureur n'est redevable d'aucune intervention.



b. Dispense de la période de stage

La période de stage ne doit pas être accomplie :

- en cas d'accident, à condition que l'accident se soit produit après la date de début du contrat ;
- dans le cas des maladies contagieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, typhus et paratyphus, typhus exanthématique, choléra, variole, malaria, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos ;
- pour les personnes qui, le jour avant le contrat auprès d'Hôpital Plus, avaient une assurance hospitalisation similaire. Il ne peut y avoir d'interruption entre les deux périodes d'assurance. La personne doit avoir été assurée auprès de cette assurance précédente pendant au moins trois mois et y avoir payé ses primes. Au cas où cette période était plus courte, le nombre de mois complets de la durée du contrat est déduit de la période de stage auprès d'Hôpital Plus. Comme preuve, le candidat-assuré joint à sa proposition d'assurance une attestation d'assurance établie par l'assureur précédent. Cette attestation doit indiquer clairement pour tous les assurés la date de début du contrat, la date de fin et le fait que toutes les primes ont été payées ;
- pour un nouveau-né ou un enfant adoptif de moins de trois ans qui s'affilie dans le courant des nonante premiers jours après la naissance ou l'adoption, à condition que le parent-titulaire soit assuré auprès d'Hôpital Plus depuis trois mois au moins ou ait eu une assurance hospitalisation similaire. Au cas où la durée de ce contrat auprès de l'assurance précédente était inférieure à trois mois, le nombre de mois complets est déduit de la période de stage auprès d'Hôpital Plus.

c. Passage à une autre formule d'assurance

Lors du passage d'une formule d'assurance garantissant une couverture inférieure vers une formule d'assurance garantissant une couverture supérieure, les trois premiers mois après le passage, les garanties de la formule d'assurance initiale sont d'application. Lors du passage d'Hospi Forfait Base vers Hospi Forfait Plus par exemple, les garanties d'Hospi Forfait Base restent d'application pendant les trois mois après le passage. Le même principe est d'application lorsqu'une personne passe d'une formule forfaitaire à une formule frais réels.

L'assuré qui passe d'une formule à une autre, doit remplir les conditions d'affiliation pour cette formule. Pour les personnes passant d'une formule d'assurance garantissant une couverture supérieure à une formule garantissant une couverture inférieure, la condition d'âge n'est pas d'application.

5. Garantie

La garantie des assurances hospitalisation à interventions forfaitaires d'Hôpital Plus est fixée par l'assemblée générale et ne peut être modifiée que conformément à l'article 204 de loi relative aux assurances du 4 avril 2014.

Hospi Forfait Base et Hospi Forfait Plus octroient aux assurés une intervention de respectivement 12,30 et 27,50 euros par jour en cas d'hospitalisation ou hospitalisation de jour. Cette garantie n'est pas limitée par une éventuelle préexistence de la maladie, affection ou de l'état donnant lieu à l'hospitalisation. Hospi Forfait Base et Hospi Forfait Plus octroient aussi une intervention pour les hospitalisations de jour avec mini-forfait ou salle de plâtre.

L'intervention est due dès le premier jour d'hospitalisation.

Hospi Forfait Base et Hospi Forfait Plus octroient, par hospitalisation, une in-

tervention journalière pour maximum cent jours d'hospitalisation dans les services hospitaliers suivants :

- 190 N(n) soins néo-natals non intensifs,
- 200 B traitement de la TBC,
- 210 C diagnostic et traitement chirurgical,
- 220 D diagnostic et traitement médical,
- 230 E pédiatrie,
- 240 H hospitalisation simple,
- 640 S4 service affections chroniques nécessitant des soins palliatifs,
- 250 L maladies contagieuses,
- 260 M maternité,
- 270 NIC(N) soins néo-natals intensifs,
- 290 traitement de grands brûlés,
- 490 I soins intensifs.

Hospi Forfait Base et Hospi Forfait Plus octroient, par année d'assurance, une intervention journalière pour au maximum trente jours d'hospitalisation dans les services hospitaliers suivants :

- 300 G gériatrie et revalidation,
- 610 S1 affections cardio-pulmonaires,
- 620 S2 affections locomotrices,
- 630 S3 affections neurologiques,
- 650 S5 polyopathologies chroniques avec soins médicaux prolongés,
- 660 S6 affections psychogériatriques,
- 690 S9 affections chroniques,
- 340 K neuropsychiatrie infantile,
- 370 A neuropsychiatrie (jour et nuit).



6. Remboursement en cas de dommages à l'étranger

La garantie des assurances hospitalisation à intervention forfaitaire journalière d'Hôpital Plus est d'application partout au monde. L'assuré obtient le remboursement d'Hôpital Plus après épuisement des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, de MUTAS ou d'une autre assurance voyages ou assurance professionnelle.

7. Demande d'intervention - prescription

L'assuré doit signaler son hospitalisation à l'assureur à l'aide du formulaire de demande prévu à cet effet et lui procurer en outre la facture d'hospitalisation originale.

Au cas où l'assuré désire faire payer l'intervention à un tiers, il doit le mentionner par écrit.

La demande d'intervention doit se faire dans les trois ans à compter du jour du dommage donnant lieu au droit de réquisition. Si toutefois l'assuré peut prouver qu'il n'a eu connaissance du dommage qu'à une date ultérieure, le délai de prescription de trois ans ne débutera qu'à partir de ce moment. Ce délai vient en tout cas à expiration cinq ans après le dommage.

L'assureur peut refuser l'intervention si l'assuré ne respecte volontairement pas les dispositions de ce chapitre.

8. Exclusions

Les dommages ou frais découlant des cas suivants ne sont pas couverts par les garanties des assurances hospitalisation d'Hôpital Plus :

- Les accidents ou maladies ne pouvant être constatés par un examen médical ;
- Les accidents ou maladies ne pouvant être attestés par une prescription médicale ;

- Les traitements esthétiques et les cures de rajeunissement, à l'exception des interventions chirurgicales réparatoires suite à une maladie ou un accident assurés ;
- Les maladies ou accidents ayant une origine de cause à effet suite à une intoxication alcoolique, l'usage de produits dopants, de narcotiques ou de stupéfiants sans prescription médicale, sauf si l'assuré peut prouver qu'il les a pris par ignorance ou sous la contrainte d'un tiers ;
- Les maladies ou accidents suite à l'alcoolisme, la dépendance ou l'usage exagéré de médicaments ;
- La stérilisation, les traitements anti-conceptionnels, l'insémination in vitro, l'insémination artificielle et les cures thermales ;
- Les faits de guerre, sauf si l'assuré n'y a pas participé activement ou a agi en légitime défense ;
- Activités sportives payées, exercices d'activités aériennes ou motorisées et l'exercice d'activités sportives dangereuses ;
- Les actes intentionnels de l'assuré,

- sauf s'il peut prouver qu'il a agi pour sauver des personnes ou des biens ;
- Les délits ou crimes, actes téméraires, paris ou défis commis par l'assuré ;
 - Les suites directes ou indirectes de produits radioactifs ou de l'accélération artificielle de particules atomiques, à l'exception de l'utilisation de produits radioactifs pour des raisons médicales ;
 - Les mutilations volontaires ou les tentatives de suicide ;
 - Les accidents où l'assuré fait partie de l'équipage d'un véhicule aéroporté ou exerce, pendant le vol, des activités professionnelles ou autres relatives à l'appareil ou au vol.

Les assurances hospitalisation d'Hôpital Plus n'octroient pas d'interventions pour les semelles orthopédiques, les chaussures orthopédiques, les levants de pied, les voiturettes et accessoires, les bandages pour hernies, les ceintures abdominales, les lombostats, les bandages non-registrés, les produits diététiques et hygiéniques, les articles infirmiers, les réactifs et les médicaments homéopathiques.

Les assurances hospitalisation d'Hôpital Plus n'interviennent pas dans les frais de cures. Une exception à cette règle peut, après accord écrit préalable, être faite pour les cures thérapeutiques dispensées dans une institution aux conditions déterminées à cet effet.

9. Primes

Toute personne assurée auprès d'une des assurances hospitalisation d'Hôpital Plus, doit payer une prime. Cette prime est redevable mensuellement, mais peut être réclamée par périodes de douze ou de trois mois. La prime est une et indivisible et doit être payée selon la périodicité convenue.

La prime est une dette réclamable. Lorsque la prime n'est pas payée directement à l'assureur, le paiement de

la prime à un tiers est libératoire si ce dernier requiert le paiement et que pour la perception de cette prime, il agit manifestement comme mandataire de l'assureur.

Le preneur d'assurance paiera la prime annuellement, quel que soit le mode de paiement choisi (par virement ou par domiciliation). La prime annuelle pour Hospi Forfait Base et Hospi Forfait Plus est, quel que soit le mode de paiement, due le jour de l'échéance annuelle.

La prime de début dépend de l'âge de l'assuré à la date du début du contrat. Au cas où le preneur d'assurance ne paie pas au plus tard la première prime le dernier jour du premier mois du contrat d'assurance, la garantie ne sera pas active.

Les augmentations de primes liées à l'âge entrent en vigueur l'année de l'anniversaire donnant lieu à l'augmentation.

Les taxes et impôts éventuels relatifs aux primes perçues sont exclusivement à charge du preneur d'assurance. Ils sont perçus avec la prime.

En dehors l'indexation annuelle, l'assureur ne peut modifier les primes après la conclusion du contrat, sauf accord commun entre l'assureur et l'assuré, suite à l'article 204 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014. Une modification de la prime ne peut être effectuée qu'en faveur de l'assuré.

Le premier jour de chaque année d'assurance, l'assureur adapte les primes à l'indice des prix à la consommation du mois de juillet précédant immédiatement l'année où la nouvelle prime est d'application. La prime de l'assuré sera indexée le premier jour de l'échéance suivant l'adaptation par Hôpital Plus.

Hôpital Plus peut adapter ses primes de façon raisonnable et proportionnelle :

- aux modifications de la profession d'assureur en ce qui concerne

l'assurance maladie, l'assurance accidents du travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins non obligatoire ;

- aux modifications du revenu de l'assuré en ce qui concerne l'assurance maladie et l'assurance incapacité de travail ;
- lorsque l'assuré change de statut dans le régime de sécurité sociale en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité obligatoire, pour autant que ce changement ait une conséquence significative pour les risques et/ou les frais ou l'étendue de la couverture assurée ;
- lorsqu'une augmentation réelle et significative du coût des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques couverts l'exigent ;
- en cas de circonstances exceptionnelles significatives.

Les enfants et les ascendants à charge d'une personne assurée auprès d'Hospi Forfait Base ou Hospi Forfait Plus sont dispensés du paiement des primes. Lorsque la prime modifiée est modifiée suite à une modification de la situation familiale, la prime modifiée est due à partir du premier jour du mois suivant celui de cette modification.

En cas de paiement tardif ou de non-paiement de la prime, l'assureur met l'assuré en demeure par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. Le preneur d'assurance dispose alors de quinze jours pour payer la prime encore ouverte. Ce délai prend cours le jour suivant celui de la date de la poste de la lettre recommandée ou le jour suivant celui de l'exploit d'huissier. Au cas où la prime n'est pas payée endéans ce délai, l'assureur suspend la garantie. La suspension débute le jour suivant celui de l'expiration du délai de paiement de 15 jours précité. La période de suspension est d'au moins quinze jours. Pendant la période de suspension, l'assuré n'est pas couvert par les garanties de l'assurance hospitalisation souscrite auprès d'Hôpital Plus. La suspension prend fin après que le preneur d'assurance ait payé la/les pri-

me(s) arriérée(s) avant que la période de suspension s'est finie.

Lorsque le preneur d'assurance n'a pas payé la prime à la fin de la période de suspension, l'assureur procédera à la démission de l'assuré. L'assureur mentionne cette intention de résiliation du contrat dans la mise en demeure précitée. Le cas échéant, le contrat prend fin à la date mentionnée dans la mise en demeure.

Les primes mensuelles, valables à partir du 1er janvier 2019, sont les suivantes :

Age	Hospi Forfait Base	Hospi Forfait Plus
<30	€ 1,78	€ 5,13
30 - 59	€ 2,99	€ 7,03
60 ans et plus vieux	€ 4,81	€ 13,74

10. Dispositions générales

L'assuré est lié par les dispositions de l'article 74 de la loi relative aux assurances de 4 avril 2014, qui stipule que

l'assuré doit respecter les délais de déclaration d'un dommage tels qu'ils sont définis dans le contrat d'assurance. L'assuré est en outre lié par les dispositions de l'article 75 de cette même loi, qui stipule que pour toute assurance visant un dédommagement en cas de sinistre, l'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou pour limiter les conséquences du sinistre. Lorsque l'assuré ne respecte pas ces dispositions dans une intention frauduleuse, l'assureur a le droit de diminuer ses prestations ou de refuser la couverture si de ce fait un désavantage est occasionné à l'assureur.



L'assuré accepte que la lettre recommandée ou l'exploit d'huissier constitue une sommation suffisante en ce qui concerne la suspension et la résiliation de la garantie par Hôpital Plus, telle que décrite à la partie I, E. et la partie II, D. de ces conditions générales. Il accepte en outre que la date d'envoi de la lettre recommandée et la date de l'exploit d'huissier sont une preuve définitive.

L'assuré s'engage à accepter toute lettre, recommandée ou non, et toute autre correspondance d'Hôpital Plus. Toute infraction à cette obligation est de la responsabilité de l'assuré. Lorsque l'assuré refuse la correspondance prescrite, elle sera néanmoins considérée comme reçue.

Le preneur d'assurance et l'assuré sont obligés :

- d'introduire les déclarations et les communications par écrit au siège social de la SMA Hôpital Plus ou d'une des mutualités libérales affiliées à la SMA ;
- de mettre le plus rapidement possible l'assureur au courant lorsque les conditions du maintien du contrat d'assurance ne sont plus remplies ;
- de renseigner le plus rapidement possible l'assureur sur l'existence d'un contrat couvrant partiellement ou totalement un risque identique ou similaire ;
- de fournir à l'assureur ou ses sections tous renseignements demandés.

Lorsque le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne satisfont pas à ces obligations et que cette lacune s'avère causer un désavantage après un cas de sinistre, l'assureur peut réduire ses prestations en conséquence.

Lorsque le cas de sinistre sera probablement dédommagé dans le cadre du droit commun ou d'une autre législation, l'assureur peut octroyer une intervention provisoire en attendant le paiement effectif du dédommagement. Dans ce cas, l'assureur peut faire valoir à l'encontre du débiteur du dédommagement. L'assuré ne peut, sans accord préalable, prendre des dispositions avec le débiteur du dédommagement.

Le preneur d'assurance et l'assuré déclarent du fait de la signature de la proposition d'assurance qu'ils donnent expressément leur autorisation à l'assureur pour recueillir et traiter leurs données médicales et personnelles. L'assureur peut utiliser leurs données médicales afin de conclure, de gérer et d'exécuter le contrat d'assurance conformément à ces finalités.

L'assureur déclare que les informations et données médicales et personnelles ne sont recueillies, traitées et utilisées que pour la réalisation de ces finalités, les informations et données recueillies sont adéquates, pertinentes et non excessives. Toute utilisation de ces données aura lieu dans le respect de la législation belge relative à la protection de la vie privée.

La SMA Hôpital Plus est placée sous le contrôle de l'Office de contrôle des mutualités et unions nationales de mutualités (OCM), qui lui a octroyé le droit d'offrir des assurances dans le sens de la branche 2, annexe 1 et de la branche 18, annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances. L'OCM a octroyé à cette fin le numéro d'autorisation 450/01 à Hôpital Plus.

La SMA est soumise aux lois et aux arrêtés d'exécution suivants :

- la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ;
- la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire ;
- la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- les circulaires de la Banque Nationale de Belgique (BNB), la FSMA et les communications de l'Office de Contrôle (OCM).

Toutes plaintes concernant les assurances de la SMA Hôpital Plus peuvent être adressées :

- à la SMA Hôpital Plus, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles ;
- à l'Ombudsman des assurances Belgique, Square de Meeus, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as

Ces conditions générales donnent une description des dispositions d'Hospi Forfait Base et Hospi Forfait Plus telles qu'elles existent au 1er janvier 2019. En cas de doute ou de litige, seuls les statuts de la SMA Hôpital Plus ont force de loi. Ces statuts peuvent être consultés, sur rendez-vous, au siège social de la SMA Hôpital Plus, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles.



